Jahresbericht

über die

Fortschritte der Diagnostik

im Jahre 1903.

Herausgegeben

von

Generaloberarzt **Dr. E. Schill,**
Divisionsarzt in Dresden.

10. Jahrgang.

Leipzig
Benno Konegen Verlag
1904.

Vorwort.

Trotz der rastlosen literarischen Tätigkeit auf allen Gebieten der Medizin in den letzten Jahrzehnten und trotz der grossen Zahl der im genannten Zeitraum entstandenen Jahresberichte, welche danach streben, aus dem gewaltigen literarischen Material das Wertvolle zu sichten und als dauernde Errungenschaft zu registrieren, entbehrte im Gebiet der ärztlichen Kunst und Wissenschaft bis zur Entstehung dieses Jahresberichtes ein Zweig noch einer übersichtlichen periodischen Darstellung: die Diagnostik. Und doch darf kein Arzt, welcher therapeutischen Richtung er auch angehören mag, will er nicht in seinem Können hinter dem anderer zurückbleiben, die Fortschritte der Diagnostik aus dem Auge verlieren. Manchen Kollegen wird zwar der gelegentliche Kauf einer neuen Auflage eines bewährten Hand- oder Lehrbuchs oder die Anschaffung eines Spezialwerkes über Diagnostik auf Jahre genügen; ein grosser Teil aber wird sicher gern in kürzeren Zeiträumen sein Wissen in diagnostischer Beziehung ergänzen.

Der vorliegende Jahresbericht will nun alle wertvollen auf Diagnostik bezüglichen Angaben in der Literatur, welche sich oft an recht versteckten Orten finden, zusammentragen. Nach diesen Quellen will er alle diagnostischen Mittel, welche Inspektion, Palpation, Messung, Auskultation und Perkussion, die Prüfung der elektrischen Erregbarkeit, der Sensibilität, des Tast-, Druck- und Raumsinns, die Thermometrie, die Untersuchung mit Röntgenstrahlen und mit besonderen Instrumenten, die chemische, mikroskopische und bakteriologische Prüfung der Se- und Exkrete oder von durch Probepunktion bezw. Probeexcision etc. ent-

nommenen Teilen des Körpers an die Hand geben, so genau schildern, dass der Leser, ohne auf die Quellen zurückgreifen zu müssen, die betreffenden diagnostischen Untersuchungen ausführen kann. Daneben werden alle diejenigen Daten, welche sich auf Befunde am normalen Körper beziehen, welche für die vergleichende Betrachtung von Wert sein können, ferner ätiologische Momente, soweit sie für die Diagnostik direkt wertbar sind, und einzelne differential-diagnostisch wichtige Symptome Beachtung finden. Es ist das Bestreben des Herausgebers, in bezug auf Vollständigkeit des Inhalts und eine klare, eingehende, der Wichtigkeit des behandelten Gegenstandes entsprechende Darstellung, den Ansprüchen des Lesers zu genügen.

Inhalt.

Abkürzungen.

Ä. C. A. — Ärztlicher Central-Anzeiger.
A. de gyn. Annales de gynécologie.
A. de l'inst. Pasteur. — Annales de l'institut Pasteur.
A. des mal de l'oreille. — Annales des maladies de l'oreille et du larynx.
A. f. Derm. — Archiv für Dermatologie u. Syphilis.
A. gén. de méd. — Archives générales de médicine.
A. f. Gyn. - Archiv für Gynäkologie.
A. f. Hyg. — Archiv für Hygiene.
A. f. Khkde. — Archiv für Kinderheilkunde.
A. f. kl. Ch. — Archiv für klinische Chirurgie.
A. f. kl. M. — Archiv für klinische Medizin.
A. f. Laryng. — Archiv für Laryngologie und Rhinologie.
A. f. Ohrenhk. — Archiv für Ohrenheilkunde.
A. f. Ophth — Archiv für Ophthalmologie (Graefes).
A. f. path. A. — Archiv für pathologische Anatomie u. Physiologie.
A. de physiol. — Archiv de physiologie.
A. f. Psych — Archiv für Psychiatrie.
A. f. Verdkh. — Archiv für Verdauungskrankheiten.
A. of Ped. — Archives of Pediatrics.
A. Z. f. Psych. — Allg. Zeitschr. für Psychiatrie.
B. kl. W. — Berliner klinische Wochenschrift.
Beitr. z. path. Anat — Beiträge zur pathol. Anatomie von Ziegler.
B. m. — Bulletin médical.
Br m. J. — British med. journal.
Charité-A. — Charité-Annalen.
C. f. allg. Path. — Centralblatt f. allg. Pathol. u. path. Anat.
C. f. Bakt. — Centralblatt für Bakteriologie.
C. f. Ch. — Centralblatt für Chirurgie.
C. f. Gyn. — Centralblatt für Gynäkologie.
C. f. Kht. d. Harnorg. — Centralblatt für Krankheiten der Harnorgane.
C. f. kl. M. — Centralblatt für klinische Medizin.
C. f. pr. Augenhkd. — Centralblatt f. prakt. Augenheilkunde.
C. f. Laryng. — Centralblatt für Laryngologie.
C. f. Nervenhk. u. Psych. — Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie.
C. f. Psychol. — Centralblatt für Psychologie.
C. f. Schw. Ae. — Correspondenzblatt für Schweizer Ärzte.
D. m. W — Deutsche mediz. Wochenschrift.

D. M. Z. — Deutsche Medizinal-Zeitung.
D. mil. ä. Z. — Deutsche militärärztliche Zeitschrift.
D. Z. f. Ch. — Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.
F. A. — Frauen-Arzt.
F. M. — Fortschritte der Medizin.
Gaz. hebd. — Gazette hebdom. de méd. et chirurg.
Gaz. med. — Gazetta medica di Torino.
I. kl. R. — Internat. kl. Rundschau.
Jb. f. Kinderhk. — Jahrbuch für Kinderheilkunde.
K. A. — Kinder-Arzt.
Kl. Mtsbl. f. Augenhk. — Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde.
Med. Rec. — Med Record.
M. m. — Médicine moderne.
M. m. W. — Münchener med. Wochenschrift.
M. N. — Medizinische Neuigkeiten.
Mtsh. f. pr. Derm. — Monatshefte für pr. Dermatologie.
M. f. Unfallhk. — Monatsschrift für Unfallheilkunde.
Morg. — II Morgagni.
Neurol. C. — Neurologisches Centralblatt.
P. m. — Presse méd.
Pr. — Praktitioner.
Prag. m. W. — Prager med. Wochenschrift.
Pest. m. ch. P. — Pester med. chir. Presse.
Petersb. m. W. — Petersburger med. Wochenschrift.
Policlin. — Policlinico.
Rev. mens. des mal. de l'enf. — Revue mensuelle des maladies de l'enfance.
R. i. — Revue internat. de méd. et de chir. prat.
R. w. kl. — Wiener klin. Rundschau.
Rif. med. — Riforma medica.
S. m. — La semaine méd.
Sachv.-Ztg. — Sachverständigen-Zeitung.
Settimana m. — Settimana medica.
Th. M. — Therapeut. Monatshefte.
Th. W. — Therapeut. Wochenschrift.
Vjschr. f. ger. Med. — Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medizin.
Virchow's A. — Virchow's Archiv.
W. m. Bl. — Wiener med. Blätter.
W. m. P. — Wiener med. Presse.
W. kl. W. — Wiener klinische Wochenschrift.
W. m. W. — Wiener med. Wochenschrift.
Z. f. Geb. u. Gyn. — Zeitschrift f. Geburtshilfe u. Gynäkologie.
Z. f. Hk. — Zeitschrift für Heilkunde.
Z. f. Hyg. u. Infkh. — Zeitschrift für Hyg. und Infektionskrankheiten.
Z. f. kl. M. — Zeitschrift für klinische Medizin.
Z. f. Ohrenhk. — Zeitschrift für Ohrenheilkunde.
Z. f. phys. Chem. — Zeitschrift für physiologische Chemie.

I. Nachweis von pflanzlichen und tierischen Krankheitserregern. Infektionskrankheiten.

Die in Deutschland noch wenig bekannte Angina Vincenti verdient nach O. Hess, welcher ein zusammenfassendes Bild der Krankheit gibt, Beachtung, weil sie verwechselt werden kann

1. mit Diphtherie, mit welcher sie Exsudation auf den Mandeln, Drüsenanschwellungen am Halse, Schluckbeschwerden und Fieber gemein hat,
2. mit Lues (Angina syphilitica). Sie ist leicht zu erkennen durch ihren bakteriologischen Befund: Die Symbiose des Bazillus fusiformis mit einer Spirille, der Spirochaetis denticola. Auf einer Mandel bildet sich ein leicht abhebbarer grauer Belag und am folgenden Tage eine Membran auf leicht ulcerierter Unterlage, am 3. oder 4. Tage wird sie dicker und weicher. Dann kommt es zur

1. kroupösen Form (seltener): Die nur den Bazillus enthaltende Membran löst sich vom Rande aus; nach 2—3 Tagen geht das mässige Fieber und die Drüsenanschwellung zurück oder

2. zur (häufigern und schwerern) diphtherisch-ulzerösen Form, bei welcher die Symbiose des Bazillus mit der Spirille sich findet: Am 2.—4. Tage bildet sich unter der Pseudomembran eine Ulzeration mit aufgeworfenem Rand, welcher leicht blutet; die umgebende Schleimhaut ist dunkelrot und ödematös. Es bestehen heftige Schluckbeschwerden Salivation

und Foetor ex ore. Das Zäpfchen und die andere Mandel können auch befallen werden. Fieber 38—39°. Es treten starke Drüsenanschwellungen am Halse, Gliedersteifigkeit und schlechter Geschmack im Munde auf. Am 8.—10. Tage erfolgt Abstossung der Membranen, Reinigung der Geschwüre und auffallend rasche Besserungen der Krankheitserscheinungen. In einzelnen Fällen aber zieht sich Abheilen der Geschwüre sehr lange hin.

Die Krankheit befällt meist jugendliche Personen; ihre Prognose ist gut.

Der Bazillus fusiformis unterscheidet sich vom Diphtheriebazillus durch seine Länge und Anordnung. Er bildet ein an den Enden verdünntes und zugespitztes, in der Mitte dickeres, gerades oder leicht gebogenes Stäbchen. Er liegt zerstreut, hinter einander gereiht, gern als Diplobazillus oder in Bündeln oder gekreuzt. Er bildet Involutionsformen, aber keine Sporen. Er ist gut färbbar mit Fuchsin und Methylenblau, unfärbbar nach Weigert und Gram. Er ist lebhaft beweglich durch lange schöne Geisseln, von denen an jedem Ende eine und zwei an jeder Seite sitzen. Die Beweglichkeit erlischt nach ca. 20 Minuten. Reinkulturen sind bis jetzt nicht gelungen; der Bazillus wuchs nur in Symbiose.

Die Spirille ist dünn und lang, sehr beweglich, aber ohne Geisseln, schwerer färbbar als der Bazillus, unfärbbar nach Gram.

Bazillus und Spirille wachsen nur bei Gegenwart anderer Mikroorganismen, aber auch dann schwach in Bouillon, Aszitesflüssigkeit etc. Impfversuche mit Membranen auf Konjunktiva, Mund- und Vaginalschleimhaut waren meist erfolglos; auf hungernde Tiere übertragen, bildeten sie Ulzerationen mit übelriechendem bazillenhaltigen Belag. Die Hauptmasse der Membran besteht aus Bazillen, nicht aus Fibrin wie bei Diphtherie. Da der Bazillus fusiformis und die Spirille Saprophyten der Mundhöhle sind, können sie auch bei Diphtherie und Lues der Mandeln auftreten und die Diagnose, ob Vincentsche oder syphilitische oder diphtherische Angina vorliegt, sehr erschweren.

Die Prognose auf reine Angina Vincenti ist zu stellen, wenn 1. reichlich fusiforme Bazillen und Spirillen vorhanden sind, 2. Diphtheriebazillen mikrokopisch und kulturell nicht nachweisbar sind, 3. Lues auszuschliessen ist und 4. sich Staphylokokken, Streptokokken etc. nur in den obersten Schichten der Membran finden. D. m. W., p. 749.

Die seit 1897 bekannte, leicht mit Lues oder Diphtherie zu verwechselnde Vincentische Angina lässt sich, wie Conrad ausführt, mit Sicherheit nur diagnostizieren durch Nachweis von spindelförmigen Bazillen und von Spirillen. Die Bazillen sind wahrscheinlich die Krankheitserreger. Die Erkrankung ist meist auf eine Tonsille beschränkt und durch leichten, oft fieberlosen Verlauf ausgezeichnet. A. f. Laryng. 14. B. 3. H.

Zur Aktinomycesfärbung in Schnitten empfiehlt St. Ciechanowski folgendes Verfahren: Färbung nach Gram, Erwärmung in Orcein 1, Salzsäure 1, Wasser 100; Differenzierung in Salzsäure 1, Alkohol 200, Wasser 50; Einwirkung von absolutem Alkohol. Resultate: zentrales Fadengerüst blau, Peripherie rotviolett, Kern dunkelrot-braun. Cbl. f. Bakteriologie. 33. B. 3. H.

Eine Züchtung von Amöben auf festen Nährböden ist E. Gottstein aus Erde gut gelungen bei Anwendung eines 1 % Agars in Aqua dest. nur mit Zusatz von 0,6 % Kochsalz, welchem auf je 10 ccm 1 ccm einer 1 % Somatoselösung beigefügt wurde. Höhere Konzentrationsgrade der Somatose bewährten sich nicht, da auf diesem Nährboden die den Amöben beigesellten Bakterien zu stark wucherten. Die von G. gezüchteten Amöben waren nicht pathogen. Hyg. R. p. 59, 3.

Ueber einen Fall tödlicher Anämie, hervorgerufen durch Botriocephalus latus, berichtet W. Zinn aus Berlin und betont, auch in Gegenden, wo dieser Parasit nicht heimisch sei, dürfe bei

schweren Anämien die Untersuchung der Stuhlgänge nicht versäumt werden, denn solche Fälle, wie der von ihm mitgeteilte, könnten bei zeitiger Prognose gerettet werden. D. m. W. p. 265.

Auf Grund von Erfahrungen in Kohlengruben und Ziegelfeldern bezeichnen J. Iberer sen. und jun. Ankylostoma duodenale für viel weiter verbreitet, als angenommen wird. In der Donau-Theiss-Niederung ist der Wurm unter der Landbevölkerung fast endemisch. Bergleute können auch ohne Ankylostoma blass und blutarm sein. Selbst bei grösserer Anzahl beherbergter Ankylostomen müssen deren Besitzer weder stärker blass, sichtbar blutarm, geschweige arbeitsunfähig sein. Sichtbar blutarm gewordene Bergleute können sich ohne Austreibung der Ankylostomen wieder erholen. Selbst nach jahrelangem Beherbergen von Ankylostomen sehen einzelne blühend gesund aus. Die Ansteckung vermittelt die incystirte Larve, die Weiterverbreitung besorgt der Grubenverkehr. Epidemisches Auftreten der Wurmkrankheit in einer Zeche beweist, dass in derselben ausser dem Fehlen gutschliessender eiserner Abortkübel und Vorhandensein von Spritzwasser noch andere schädliche Zustände bestehen. M. m. W. p. 994

Ankylostomiasis kommt nach Ansicht von O. Baker in den Tropen viel häufiger vor, als gemeinhin angenommen wird, und viele dunkle Todesfälle sind auf das Ankylostoma zurückzuführen, auch wenn der Befund bei der Sektion den positiven Nachweis nicht immer zu erbringen vermag, da der Parasit mit zunehmender Anämie im Körper des Erkrankten nicht ausreichende Nahrung mehr findet. Br. m. J. 28. März.

Das Balantidium coli hat M. Askanazy in 2 Fällen in Submucosa, Follikeln, Bindegewebe und Lymphdrüsen sowie in Kapillaren und Venen der Darmwand nachgewiesen und erkennt demselben deshalb eine pathogene Bedeutung zu, nimmt jedoch

an, dass die Ansiedlung der Parasiten nur in einem nicht mehr völlig widerstandsfähigen Darme erfolge. W. m. W. N. 1.

Auf Grund von 49 in der Literatur gesammelten Fällen und eines eigenen erklärt Ehrnroth das Balanthidium coli für den Menschen nur insofern pathogen, als es auf den Darm reizend wirkt, degenerative Entzündungsprozesse hervorruft und langwierige, schwächende Diarrhöen erzeugt, welche zu schwerer Cachexie und Prostation führen. Eine toxische Einwirkung auf den Organismus konnte E. nicht feststellen. J. f. kl. Med. 49. Bd. 1. H.

Bei der Bilharziaerkrankung finden sich nach Dr. Kautsky im Blut, welches leicht gerinnt, die Leukocyten nur wenig, dagegen die eosinophilen Zellen enorm, bis zu 8600 im ccm vermehrt. Nach den Blutveränderungen ist das Krankheitsbild als toxische Anämie zu bezeichnen. W. kl. R. N. 36.

Für die Diagnose des Choleravibrio hat sich nach W. Kolle und E. Gottschlich die Agglutination der Faeces-Vorkulturen mittelst hochwertigen spezifischen Choleraserums vorzüglich bewährt. Die Agglutinationsprobe ist beim Choleravibrio und bei allen verwandten Arten absolut spezifisch; sog. Gruppenreaktionen kommen nicht vor. Die praktische Brauchbarkeit der Agglutinationsmethode zeigt sich als verwertbar auch gegenüber den avirulenten bez. sehr schwach virulenten Cholerastämmen, wie sie auch unter den aus frischen Cholerafällen herausgezüchteten Kulturen vorkommen. Die positive Reaktion zeigt sich bei Verwendung hochgradigen Serums stets binnen einer halben Stunde stark bei einer Verdünnung mit mindestens 1:1000; als negativer Ausfall wird vollständiges Ausbleiben der Reaktion bei Verdünnung von 1:50 nach zweistündigem Aufenthalt der Röhrchen im Brutschrank angesehen. Durch Anwendung von Peptonwasservorkultur (8 Stunden) Agarplatte (8 Stunden) ev. Agglutination im hängenden Tropfen (bei ca. 80facher

Vergrösserung lässt sich die Choleradiagnose schon nach 16 Stunden stellen. Fällt die Agglutinationsprobe im hängenden Tropfen nicht absolut eindeutig aus, so ist die quantitative Austitrierung durch Verreibung gleicher Mengen (1 Normalöse) Agarreinkultur in verschiedenen Konzentrationen des Serums (1 : 50—2000) vorzunehmen. (Die Verdünnungen sind mit 0,8 % Kochsalzlösung zu bereiten; stets ist die Kontrollprobe mit Normalserum anzuschliessen.) Die Hauptsache ist, dass hochwertiges, haltbares und nicht mit unreinen Kulturen bereitetes Serum benutzt wird; solches Serum wird vom Institut für Infektionskrankheiten getrocknet abgegeben. D. M. W. p. 529.

Für die Choleradiagnose empfehlen Hirschbruch und Schwer Aussaat des Darminhalts auf dem v. Drigalski-Conradischen Typhusagar mit Hinweglassung der Nutrose. Auf diesem Agar wächst Cholera üppig in schön blauen Kolonien, welche im hängenden Tropfen mit Choleraserum in zweckmässiger Verdünnung verifiziert werden. Cbl. f. Bakt. 34. Bd. N. 6.

Zur Differenzierung der Choleravibrionen von artverwandten Vibrionen benutzt P. Kraus die Beobachtung, dass einzelne Vibrionen haemolytisch wirken, Choleravibrionen aber nicht. Auf einer Blutagarplatte zeigen die Kolonien der blutlösenden Vibrionen einen hellen Hof, die der Choleravibrionen aber nicht. W. kl. W. N. 50.

Als Erreger des Denguefiebers bezeichnet H. Graham eine Amöbe, welche Aehnlichkeit zeigt mit der kleinsten Erscheinungsform des Malariaparasiten. Als Verbreiter der Krankheit betrachtet er Culex fatigans. The Journal of Tropic Med. Nr. 13.

Stoss und Neumann hatten angegeben, dass Diphtherie- bez. Pseudodiphtheriebazillen sich häufig bei dem gewöhnlichen Schnupfen

der Säuglinge finden. Nach Ballin ist dieses Vorkommen die Ausnahme; er fand bei 63 Kindern nur zweimal Pseudo- und neunmal echte Diphtheriebazillen. Diese verursachen aber den Schnupfen nicht, sondern sind nur zufällige Parasiten, wie sie sich nicht selten auf gesunden Rachenorganen finden. Keineswegs darf man beim Befund von Diphtheriebazillen die Diagnose „Nasendiphtherie" stellen, wenn Fieber, eitrig seröses Sekret, Wirksamkeit des Heilserums und andere klinische Beweise fehlen. H. f. Kinderhk. 58 B. 2. H.

Bei der Diagnose der Diphtherie legt Curtius besonderen Wert auf das Aussehen der beiden fast bei jeder Mandelentzündung auftretenden wulstartigen Leisten an der hinteren Rachenwand zu beiden Seiten der Mandeln. Um sie gut zu sehen, drücke man den Zungenrücken allmählich recht tief herunter. Ein Belag auf diesen Leisten ist fast stets ein diphtherischer. Ueberhaupt erklärt C. jeden ausserhalb der Mandeln auftretenden Belag für diphtherieverdächtig, zumal wenn er nicht fleck- oder punktweise, sondern zusammenhängend auftritt. M. m. W. p. 1552.

In den Fällen von Auffindung des Diphtheriebazillus im Blut Verstorbener von Frosch, Nowak, Wright, Pearce, Fränkel und Schottmüller und im Blut Lebender von Howard und Niessen kommt jetzt ein von Roosen-Runge berichteter Fall von Diphtheriebazillensepsis, in welchem die Ansteckung wahrscheinlich durch die Operationswunde der linken Pleura erfolgte und sich durch ansteigende Temperatur und Auftreten haemorrhagischen Sekrets dokumentierte. Von der Pleura aus erfolgte Ueberschwemmung des Blutes mit den Bazillen. M. m. W. p. 1252.

An Stelle der Neisserschen Färbung der Diphtheriebazillen empfiehlt W. Peck Doppelfärbung mit Löfflers Methylenblau und Vesuvin, welche auch bei Färbung des Mandelbelags

(ohne vorausgegangene Cultur auf dem Löffler-schen Nährboden bei 35° 12—14 Stunden lang) gute Resultate ergibt. Lancet 10. Jan.

Durch das positive Impfresultat mit 2 Reinkulturen der Ducreyschen Streptobazillen, aus dem Eiter zweier venerischer Bubonen gezüchtet, an 2 Affen, welche Geschwüre mit den klinischen und mikroskopischen charakteristischen Merkmalen des weichen Schankers bekamen, hat E. Tomasczewski einen weiteren Beweis für die Aetiologie des Ulcus molle erbracht. Aus den Geschwüren gelang es auf Kaninchen- und Menschen-Blutagar sowie im Kondenswasser dieses Nährbodens Kulturen zu züchten, welche bei Menschen wieder Ulcera mollia erzeugten. D. m. W. p. 466.

Als eine eigentümliche, sehr akute, ruhrartige, epidemische Kinderkrankheit in Japan beschreibt Sukeh. Ito die „Ekiri". In den Dejektionen Ekirikranker fand Ito einen coliähnlichen, nach Gram unfärbbaren, lebhaft beweglichen Bazillus, welcher Gelatine nicht verflüssigt, eine verzögerte Indolreaktion gibt, Milch nicht koaguliert und durch das Serum von Ekirikonvaleszenten agglutiniert wird. Die erkrankten Kinder gehen meist binnen 24 Stunden zu grunde. Charakteristisch ist ganz plötzliches Auftreten der Erkrankung, hohes Fieber, schleimige Stühle ohne Tenesmus, Krampf, dann Koma und Tod durch Herzlähmung. Cbl. f. Bakt. 34. B. N. 7.

Ueber die Ein- bez. Verschiedenheit des Tier- und Menschenfavus spricht sich O. Wandel aus. Seine Untersuchungen lassen ihn mehrere Favusarten annehmen. Den γ-Favus beherbergt in der Regel der Mensch, den α-Favus die Maus, doch kann letztgenannter Favus auch auf den Menschen übertragen werden. Dagegen wird ein den Hunden eigentümlicher Favus fast nie auf den Menschen übertragen und ebenso wenig der Hühnergrind, welcher auch auf Favus beruht. D. A. f. kl. M. 76. B. 6. H.

Im Blute mehrerer typischer Fälle von Flecktyphus fand E. Gotschlich ein Protozoon, welches morphologisch dem Erreger des Texasfiebers (Apiosoma oder Pyrosoma oder Pyroplasma bigeminum Smith) am nächsten steht. Ueber die ätiologische Bedeutung dieses Mikroben äussert sich G. jedoch mit grosser Zurückhaltung. D. m. W. p. 330.

Die unter der Bezeichnung Frambösia, Yaws, Bubas oder Verruga in den Tropen bekannten Hautleiden sind, wie M. Glogner auf Grund histologischer Untersuchungen wahrscheinlich macht, durchaus nicht identisch. Virchows A. 168. B.

Gleich Triboulet und Wassermann, sowie neuerdings Paine und Poynton haben auch Beaton und Walker bei Rheumatismus (in 8 Fällen von akutem Gelenkrheumatismus, 3 von Chorea und 4 von akuter Endokarditis bei Rheumatismus) Mikrokokken und zwar meist in Reinkulturen gefunden. Sie bilden meist Diplokokken in kurzen Ketten, bleiben bei Grams Verfahren gefärbt, haben kleine Kapseln und werden durch Serum erkrankt gewesener Kaninchen und Menschen agglutiniert. Beaton und Walker halten ihren Mikroorganismus für identisch mit dem von dem der eingangs genannten Autoren und für den spezifischen Erreger des akuten Gelenkrheumatismus. Br. m. J. 31. Jan.

Die Befunde von Bakterien bei akutem Gelenkrheumatismus erkennt C. Philipp als beweisend für die Aetiologie der Erkrankung nicht an, da er selbst in 21 Fällen der Erkrankung weder im Blute noch in Gelenkflüssigkeiten Mikroorganismen nachzuweisen oder auf Warmblüter zu übertragen vermochte. Er erklärt den Gelenkrheumatismus für eine Infektionskrankheit sui generis mit noch unbekannter Aetiologie. A. f. kl. M. 76. B. 1. H.

Von der chronischen Form des akuten Gelenkrheumatismus ist nach M. Kachel durch-

aus zu trennen die Polyarthritis chronica adhaesiva, welche subakut oder chronisch einsetzt, ohne Fieber und fast stets auch ohne Herzaffektionen verläuft, sehr schmerzhaft und durch Salicylsäure nicht zu beeinflussen ist. In den erkrankten Gelenken findet eine Wucherung der Synovialis, bindegewebige Umwandlung, Auffaserung, Zerklüftung und Schwund des Gelenkknorpels statt, an dessen Stelle Granulationsgewebe tritt mit nur unbedeutenden Wucherungen am Knochen; gleichzeitig besteht Inaktivitäts-Atrophie der das Gelenk bildenden Knochen und der Muskeln. Zieglers Beitr. z. path. Anat. 33. Bd. 1. H.

Disposition zu akutem Gelenkrheumatismus trübt die Lebensprognose ausserordentlich, jedoch rät Grosse, zu Lebensversicherungen Leute zuzulassen, welche, hereditär nicht belastet, nur einmal erkrankt waren und keine Affektion am Zirkulationsapparat davongetragen haben. Bei Fällen, in welchen Rezidive auftraten, rät G., Versicherungswillige erst 2—3 Jahre nach dem letzten Anfall und dann nur zu erhöhter Prämie anzunehmen. Bei allen einmal an Gelenkrheumatismus erkrankt gewesenen muss ein Zeugnis des Hausarztes über Verlauf und ev. Komplikationen gefordert werden. 3. int. Kong. d. Vers.-Aerzte. Ver. Beil. d. D. m. W. p. 206.

Bei akutem Gelenkrheumatismus fand Haim schon wenige Tage nach Beginn der Krankheit diffuse Aufhellung der Knochenschatten sowie Verwischtsein der Struktur- und Konturzeichnung der spongiösen Gelenkenden am Handgelenk und den kleinen Gelenken des Fusses im Röntgenbilde. Mit Ausheilung der Entzündungsprozesse gehen auch diese Veränderungen zurück und es bleibt nur eine geringe Atrophie der knöchernen Gelenkenden zurück, welche im Röntgenbilde als leichte Aufhellung und durch scharfe grobmaschige, aber spärliche Strukturzeichnung zum Ausdruck kommt. H. fasst das Röntgenbild als Ausdruck einer akuten Erweichung, Hyperaemie und Schwellung der Gelenk-

enden während des akuten Gelenkrheumatismus auf. Z. f. Heilkunde 24. B. 8. H.

Einen Zusammenhang zwischen stumpfen Verletzungen und Gelenkrheumatismus nimmt Kühne an, wenn 1. das vom Unfall betroffene Gelenk zuerst von der rheumatischen Entzündung ergriffen wird, 2. wenn es zwischen erlittener Quetschung bis zum Auftreten des Gelenkrheumatismus nicht bereits wieder gesund gewesen ist, und 3. wenn kein allzu grosser Zwischenraum zwischen Unfall und Auftreten des Gelenkrheumatismus liegt. Von den bis jetzt bekannten 46 Fällen ist bei 34 der Gelenkrheumatismus in den ersten 10 Tagen, in einem Fall nach 6 1/2 Monaten entstanden. M. f. Unfallheilk. N. 6.

Gelbfieber wird nach den Untersuchungen der 1900 von den Vereinigten Staaten nach Cuba entsendeten Kommission, über deren Arbeiten W. Reed berichtet, nicht durch den Baz. icteroides (Sanarelli) hervorgerufen, kann auch nicht durch Kleider, Betten und Wäsche, welche durch Ausleerungen Gelbfieberkranker verunreinigt sind, übertragen werden; es beruht vielmehr auf einem Erreger, welcher im Blute des Kranken vorhanden ist und zu den „ultramikroskopischen“ Kleinwesen gehört, welche durch unsere Filter gehen und mit den besten optischen Hilfsmitteln nicht wahrgenommen werden können. Der Infektionsstoff wird, wie bei der Malaria, durch Mücken übertragen und zwar frühestens am 12. Tage, nachdem die Mücken Blut Gelbfieberkranker gesaugt haben; sie bleiben dann mindestens 50—70 Tage für Gesunde gefährlich. Als Ueberträger des Ansteckungsstoffs wurde bisher nur die Mückenart Stegomyia fascinata nachgewiesen.

Schon 1881 hatte Finlay behauptet, das gelbe Fieber werde durch Mücken verbreitet. Diese Behauptung hat nun durch die Untersuchungen der Army-Kommission Bestätigung gefunden. Nach einem Vortrag von C. Gorgas richten sich seitdem die sanitären Bestrebungen auf Ver-

tilgung der Mücken innerhalb und ausserhalb der Wohnungen und Abschluss der Gelbfieberkranken durch Moskitonetze 8 Tage lang, während welcher Zeit sie die Mücken zu infizieren vermögen. The J. of trop. Med. p. 101.

Nach Mitteilungen von W. Havelburg über Versuche mit Gelbfieberinfektion an Menschen im Camp Lazear wird das Gelbfieber ausschliesslich durch den Stich der Moskitos übertragen. Die Inkubationszeit, d. h. Intervall zwischen Stich und Ausbruch der Krankheit beträgt 41—137 Stunden. Der Moskito (culex fasciatus, zur Familie der Stegomya fascinata gehörig) benötigt 12 und mehr Tage, bevor er imstande ist, den infektiösen Keim zu übertragen. Die Krankheit lässt sich experimentell vom Menschen auf den Menschen übertragen durch Injektion einer kleinen Menge Blut von einem Kranken. Die Hauptgefahr, durch die Culex fasciatus infiziert zu werden, beschränkt sich auf die Abend- und Nachtstunden. Orte, welche frei sind von der Stechomyia, sind auch frei von Gelbfieber. Schiffe, welche ca. 300 m vom Land ankern, sind selbst in Gelbfieberhäfen vor Infektion gesichert. Direkt übertragbar ist das Gelbfieber nicht, und eine Verschleppung durch Kleider, Wäsche und Schiffe an sich oder ihre Ladung erfolgt nicht. Die eigentliche Ursache des Gelbfiebers, der Krankheitserreger ist noch unbekannt. Zu den Protozoen und mit den heutigen Mikroskopen sichtbaren Bakterien gehört er jedenfalls nicht, wohl aber zu den unsichtbaren Bakterien, da filtriertes Blut infektionsfähig ist. B. kl. W. N. 31 und 32.

Nach H. Jaeger ist die spezifische Agglutination der Meningokokken als Hilfsmittel zur bakteriologischen Diagnose der epidemischen Genickstarre anzusehen. Er betont, dass es nunmehr möglich sei, die von Scherer und ihm selbst empfohlene Diagnose der Genickstarre durch bakteriologische Untersuchung des Nasenschleims zu stellen, da die Serumprobe spezifische Meningokokken von andern, meist saprophytischen Bewoh-

nern des Nasenschleims zu unterscheiden gestattet. Man kann so an Lebenden ohne chirurgischen Eingriff frühzeitig auch in sporadischen Fällen die Diagnose stellen, ja es eröffnet sich die Möglichkeit, Meningokokken ausserhalb des erkrankten Körpers, z. B. in entleerten und vertrockneten Exkrementen, aufzufinden. Z. f. Hyg. u. Infkh. 44. Bd. p. 225.

Für die Diagnose der Gonokokken empfiehlt Dreyer Färbung des verdächtigen Sekrets nach der Methode von Krzystallowicz mit Methylengrün und Pyronin. Die Farblösung hat folgende Formel: Methylengrün 0,15, Pyronin 0,25, Alkohol 2,5, Glyzerin 20,0, Aq. carbol. 2 proc. ad 100. Bei Färbung 1 Minute lang ohne Erwärmung treten die Gonokokken purpurrot hervor; die Kerne der Leukocyten sind blassgrün, ihr Protoplasma schwach rosa gefärbt. Stärkere Rosafarbe zeigen die Epithelien. — Da bei der Diagnose der chronischen Gonorrhöe nicht die Färbung der Gonokokken grosse Schwierigkeiten bietet, wohl aber die Gewinnung der Sekrete, so rät D. zunächst durch antiseptische Mittel, z. B. Hydrargyrum oxycyanatum die Secundärmikroben zu entfernen und das Prostatasekret durch Expression nach vorheriger Spülung der Harnröhre, das Sekret der Littreschen Drüsen mit dem Bougie à boule und das Sekret etwaiger paraurethraler Gänge mit feinen Sonden zu gewinnen. Endlich greift D. zu mechanischer Reizung durch Dilatation oder zu chemischer durch 14tägige Injektion von mittelstarken Silbersalzlösungen in die vordere Harnröhre. 2—3 Tage nach dem Aussetzen der Einspritzungen erscheinen Gonokokken, wenn solche überhaupt vorhanden sind. M. m. W. p. 1530.

Gonokokken werden nach Czaplewski mikroskopisch am besten nachgewiesen, wenn man die Platinöse in einen Tropfen Wasser verteilt und diesen sanft ausstreicht. Man findet infolge Schonung der Leukocyten mehr intercelluläre Kokken. Auf dem Objektträger eingetrocknetes Sekret streiche man nach Aufweichen mit destiliertem Wasser aus.

Zur Orientierung färbt dann Cz. mit folgender Lösung: 3 ccm konz. Karbolglyzerinfuchsin + 27 ccm Aqua destillata + 3 ccm Boraxmethylenblau, letzteres tropfenweise zugesetzt, bis die Kokken schwarzblau gefärbt werden, die Zellen und Zellkerne aber rot erscheinen. Die Lösung ist nur wenige Tage haltbar, aber schnell zu bereiten. Sodann werden nach Gram Färbungen gemacht: Färbung mit Karbolgentiana 1 Min.; Abspülen; Trocknen (sehr wichtig), Differenzieren mit starker Lugolscher Lösung: Jod 1, Jodkali 3, Aq. dest. 200; $^1/_2$—1 Min.; Abspülen; Trocknen (sehr wichtig), Differenzieren mit Methylalkohol, solange Farbe abgeht, Abspülen; Nachfärbung mit verdünntem (1 : 10) Karbolglyzerin. M. m. W. p. 1484.

Eine Gonokokkenpneumonie beobachtete Bressel bei einem Manne nach Ablauf der Gonorrhöe. Die typische Pneumonie fiel nach 8 Tagen lytisch ab. In dem zähen, nicht gefärbten Sputum fanden sich Gonokokken, sonst keine Mikroorganismen. Aus einer Blutprobe wurden Gonokokken gezüchtet. M. m. W. N. 13.

Für den Gonokokken-Nachweis beschränkt sich F. Meyer nicht auf den mikroskopischen Befund, sondern wendet mit sehr befriedigendem Erfolg die Kultur auf Kiefers Nährboden an. Letzterer besteht aus 3,5 Proz. Agar, 2 Glyzerin, 5 Pepton und 0,5 Kochsalz, welchem $^1/_3$ seines Volumens steriler Aszitesflüssigkeit zugesetzt wird. In so beschickten Petrischalen wurde der aus Zellen, Schleim und ev. Bakterien bestehende Faden ausgebreitet und 48 St. bei 37° bebrütet. Auffällig selten treten Verunreinigungen ein. Nach 48 Stunden waren mit dem Zeissschen Objektive drei charakteristische Gonokokkenkolonien zu finden; dieselben bieten das Bild einer zackigen Insel mit steilabfallenden Rändern und glatter, feucht glänzender Oberfläche, bei auffallendem Licht wie eine dünne Schicht Glanzlack, bei dickerer grauweiss-bräunlich. — Die Kultur lässt die Irritationsmethoden als weniger wichtig er-

scheinen. Bei chronischen Gonorrhöen hatte M. noch in 50 Proz. positive Kulturergebnisse, weshalb er die Kultur bei der Frage des Ehekonsenses verwertet wissen will. Fälschlicherweise als traumatische angegebene Epididymitiden wurden durch Kultur als gonorrhöische erkannt. D. m. W. p. 642.

Als Nährboden für den Gonokokkus-Neisser empfiehlt H. Wildbolz anstelle des Werthheimschen aus Menschenserum, da dasselbe oft nicht leicht zu beschaffen ist, einen 2 prozentigen leicht alkalischen Pepton-Fleischwasser-Agar mit Zusatz von 5 Proz. Pseudomucin. Letzteres wird aus Ovarialflüssigkeit durch Fällung mittelst Alkohols gewonnen. Auf diesem Nährboden wachsen die Gonokokken nicht immer tautropfenähnlich und fast farblos; sie bilden zuweilen ausgesprochen weisse Kolonien. W. betrachtet alle aus gonorrhoischem Eiter gewachsenen Kolonien mit der Lupe im durchfallenden Lichte. Wenn eine Kolonie dabei starke Transparenz und feine Körnung zeigt, bei auffallendem Lichte aber opalweiss erscheint, so muss noch mittelst der Gramschen Färbung untersucht werden, ehe man die Kolonie für Gonokokken ansprechen darf. A. f. Derm. u. Syph. 64. B. 2. H.

Zur Gonokokken-Färbung empfiehlt A. v. Wahl folgende Farblösung: Konzentrierte alkoholische Auraminlösung 2, Spiritus 15, konzentrierte alkalische Tioninlösung 2, konzentrierte wässerige Methylgrünlösung und Wasser 6 ccm. Die Lösung ist sofort gebrauchfertig und unverändert haltbar. Col. f. Bakt. 33. Bd. 3. H.

Als Ursache des Heufiebers bezeichnet Dunbar mit Bestimmtheit die Pollenkörner von Roggen, Gerste, Weizen, Reis, Mais und andern Gräserarten; er versuchte, nachzuweisen, dass dieselben Substanzen enthalten, welche bei Personen, die an Heufieber zu leiden pflegen, alle Erscheinungen des Heufiebers auslösen, andern Personen gegenüber aber völlig unwirksam sind. Die wirk-

same Substanz der Pollenkörner erwies sich als völlig unlöslich in Aether und Alkohol, dagegen in Wasser, physiologischer Kochsalzlösung, Tränen, Nasensekret, Speichel und Blutserum leicht löslich. Der wirksame Bestandteil ist ein eiweissartiger, in den Stärkestäbchen der Pollen enthaltener Körper. Das Pollentoxin übt auf Heufieberpatienten völlig übereinstimmende spezifische Reizungen aus und ist normalen Personen gegenüber völlig unwirksam. Das Pollentoxin lässt sich durch spezifisches Heilserum in vitro völlig oder annähernd neutralisieren. Da das Toxin von Roggenpollenkörnern durch das aus Maiskolbenkörnern gewonnene Antitoxin in vitro sich völlig neutralisieren lässt, so nimmt Dunbar an, dass das Pollentoxin der verschiedenen Gräserarten identisch ist. D. m. W. p. 149.

Nach weiteren Untersuchungen von Dunbar über die Ursache des Heufiebers enthielten die Pollenkörner von mehr als 20 Gräserarten und der Maiglöckchen ein für Heufieberkranke giftiges Eiweiss, welches völlig gleichartiger Natur zu sein scheint. B. kl. W. p. 569.

„Als „Herbstkatarrh" bezeichnet Dunbar nach dem Vorgang von Beard die in den Vereinigten Staaten von Amerika erst im Herbst auftretende Form des Heufiebers, welche abhängig ist von den Pollenkörnern der Solidago und Ambrosiazeen. Die frühe und mittlere Form des Heufiebers in Amerika ist von denselben Pollen von Gramineenkörnern wie in Deutschland abhängig. Obwohl es sich bei der Goldrute (Solidago) um ein ganz anderes Gift handelt als bei den Gramineen, wird das erstere doch durch das mittelst des Pollentoxins der Gramineen gewonnene Gegengift neutralisiert. B. kl. W. p. 635.

Im Winter 1902 beobachtete N. Chryssovergis eine Influenzaepidemie, bei welcher der Intestinaltraktus in hervorragender Weise beteiligt war; es fand sich ein diffuses Erythem mit Neigung zu

oberflächlichem Zerfall und spastischen Kolikanfällen im Dickdarm, als deren Ursache C. ähnliche Veränderungen auf der Schleimhaut vermutet, wie er sie im Rachen sah. La sem. méd. N. 24.

Dem Nachweis von Infusorien im Magen und Darmkanal des Menschen misst P. Cohnheim eine Bedeutung für die Diagnose ulzerierter Oesophagus- bez. Magenkarzinome, welche keine Stenosenerscheinungen am Pylorus verursachen, bei. Die Infusorien können als erstes, fast sicheres Zeichen von Magenkarzinom beobachtet werden. Lebende Infusorien in den Faeces sind ein Symptom für ein primäres, chronisches Magenleiden (Gastritis, meist atrophicans), abgesehen davon, dass sie auch ein Zeichen von schwerer Enterocolitis sind. Encystierte Infusorien kommen auch bei Gesunden vor, doch hat bei diesen Personen früher einmal eine Gastritis oder Gastroenteritis bestanden. Den Infusorien (Flagellaten und Ciliaten) kommt aber keine pathologische, sondern nur eine symptomatisch-diagnostische Bedeutung zu. Den Grund, weshalb die Tierchen bisher so selten im Magen aufgefunden werden, sucht Cohnheim darin, dass man höchst selten die geringen an der Sonde oder in ihrem Innern haftenden speisefreien, schleimig-eitrigen, sanguinolenten, leicht foetide riechenden Mengen einer genauen sofortigen mikroskopischen Untersuchung unterzieht. C. empfiehlt folgende Technik: Man wärme den Magenschlauch an, sondiere stets möglichst den nüchternen Magen und bringe das gewonnene Substrat, welches mitunter erst aus dem untern Sondenteil herausgeblasen werden muss, sofort unter das Mikroskop bei 350—450 facher Vergrösserung. Den Rest stelle man in den Brutschrank (ausser an warmen Sommertagen). Aus dem in einer Petrischale flach ausgebreiteten Substrat entnehme man mit warmer Pipette die grünlichen (Blut-) Flocken, in denen die meisten Megastomen auffindbar sind. Das Präparat umrande man sofort mit Wachs; 2—3 Stunden bleiben die Megastomen so lebend; an ruhenden Exemplaren, bei denen

nur Mittelgeisseln schwingen, studiert man die Details. Die Geisseln sieht man am schärfsten in Präparaten, welche einige Sekunden Dämpfen einer 1 prozentigen Osmiumsäure ausgesetzt waren. In Glyzerin schrumpfen die Tierchen bis zur Unkenntlichkeit; Färbung entstellt ihre zarte Gestalt. Man untersuche den Mageninhalt stets unverdünnt. Nur in alkalisch reagierendem Mageninhalt kann man Infusorien zu finden erwarten. D. m. W. Nr 12—14.

G. Aronheim hat die von ihm 1900 als Erreger des Keuchhustens beschriebenen Bazillen bei 8 Fällen im Schleim der Luftwege und in der Schleimhaut derselben nachgewiesen; sie liegen dort haufenweise zusammen. Ihre Gestalt ist dicker wie die der Influenzabazillen, von denen sie sich durch stärkere Färbbarkeit der Enden unterscheiden. Virchows A. 174. Bd. 3. H.

Für die Darstellung des von ihm als Ursache der Krebsgeschwülste angesprochenen Histosporidium carzinomatosum bedient sich L. Feinberg folgender Technik:

Der Krebstumor wird in Würfelchen mit scharfem Messer geschnitten und in Flemming'scher Lösung (Ac. chrom. 1,5; Ac. osmic. 0,5; Ac. acet. pur. 10,0, Aq. dest. 350,0) fixiert. Die Würfel werden dann unter ganz allmählich sich erneuerndem fliessenden Wasser 24 Stunden lang ausgewaschen, am besten in Siebeimerchen und danach gehärtet: 1—2 Stunden in 20 proz. Alkohol, 2—4 Stunden in 30 proz., 4 in 50, 12 in 70, 4 in 80, 12 in 95 und 4 Stunden in absolutem Alkohol. Dann kommen die Würfel 24 Stunden in Alkohol-Chloroform und ebenso lange in Chloroform.

Einbettung: Allmählicher Zusatz von Paraffinspänen von 40° Schmelzpunkt auf den Paraffinschrank und nach einigen Stunden Oeffnen des Gefässes zum Verdunsten des Chloroforms. Letzteres zieht das durch die Osmiumsäure schwarz gefärbte Fett fast völlig aus. Nach Verdunsten des Chloroform (ca.

12 Stunden) Umbetten der Krebsstückchen in flüssiges Paraffin von 42° Schmelzpunkt (6—12 Stunden im Paraffinschrank), dann Umbetten in flüssiges Paraffin von 52—54° Schmelzpunkt (12 Stunden im Paraffinschrank, welcher auch in der Nacht nicht über 56—57° warm sein darf). Dann Erstarren des Paraffins in üblicher Weise.

Aufkleben der Schnitte nach der Meyerschen Glyzerin-Eiweissmethode auf den Objektträger (6 bis 10 nicht zu dünner [5—8 mm] Schnitte auf einen Objektträger, für den $^1/_{10}$ Tropfen Glyzerin-Eiweiss genügt. F. verreibt die Spur Glyzerin-Eiweiss mit dem Daumenballen, spült mit Aq. dest. ab, tropft auf den Objektträger Aq. dest., in welchem die Schnitte ausgebreitet werden, saugt das überflüssige Wasser ab und legt den Objektträger in den Brutschrank von 40°, wo das Wasser, meist in 5 Min., verdunstet und der Schnitt auf dem Glyzerin-Eiweiss fest anklebt).

Aufhellen der Schnitte in 40 ccm 70 proz. Alkohol und 10 ccm Wasserstoffsuperoxyd, 15—30 Minuten, ist beim Karzinom nicht nötig, da das Fett durch das Chloroform schon entfernt ist.

Die Schnitte werden dann der von Nowashin modifizierten Flemmingschen Dreifärbemethode unterworfen:

Die Objektträger kommen zunächst 6—20 Stunden in die Safraninlösung: gesättigte alkoholische Safraninlösung + Anilinwasser ana. (Das Anilinwasser = Aq. dest. 100 + Anilinöl 3 g). Abspülen in Wasser, Entfärben in 70 proz. Alkohol, Abspülen in Wasser.

Dann folgt bis mehrere Minuten langes Färben in Gentianaviolettlösung: Gentianaviolett 0,5—1,0; Aq. dest. 100,0; Alkohol absol. 15,0; Anilinöl 3,0. (Vor dem Gebrauch stets zu filtrieren). Abspülen in Wasser, Entwässern in Alkohol absolutus.

Endlich Färbung in Orange-G-Nelkenöllösung: Orange-G wird in Nelkenöl gelöst, soviel sich lösen lässt; in einigen Stunden klärt sich die Lösung. Von dieser lässt man etwas auf den durch Alkohol abs. gänzlich entwässerten Objektträger

fliessen; dabei gibt das Gentianaviolett den Ueberfluss an das Nelkenöl ab, während gleichzeitig das Orange-G langsam in das Plasma eindringt. So lange noch Wolken von Gentianaviolett beim Schwenken des Präparats abgehen, bleibt das Nelkenöl auf dem Objektträger (einige Minuten). Dann Abspülen in Xylol, Einbetten in Kanadabalsam.

In den so hergestellten Präparaten erscheinen die Zellkerne violett, die Kernkörperchen der Zellen und des Krebsparasiten, des Histoporidium carcinomatosum rot und letzteres selbst (Membran und Plasma) grau.

L. Feinberg: Das Gewebe und die Ursache der Krebsgeschwulste. Berlin 03. A. Hirschwald (10 M.).

Für den Nachweis der Krebsparasiten an Lebenden verwertet M. Schüller einmal den mikroskopischen Befund der von ihm entdeckten korkzellenähnlichen, eine Entwicklungsstufe seines Parasiten darstellenden Kapseln und die Züchtung der erwähnten Parasiten nach einer von Sch. ausführlich mitgeteilten Methode. Schüller: Abhandlungen aus dem Gebiet der Krebsforschung. 1. Berlin. Vogel und Kreienbrink.

Einen Fall von Tod durch Fliegenmaden (Myiasis externa) berichtet Henneberg. Derselbe beobachtete in der Charité bei einem hochgradig verwahrlosten 20 jährigen Mädchen einen Weichselzopf und auf der Kopfhaut zahlreiche Maden, welche mit ihrem spitzen Kopfende in einer Schmiere, welche die Kopfhaut bedeckte, festsassen. Nach Aufweichen dieser Schmiere durch Lysolwasser fanden sich dort zahlreiche gangränöse Geschwüre, welche mit Maden völlig ausgefüllt waren. Patientin starb in der folgenden Nacht. Die Sektion ergab, dass die Geschwüre an einer Stelle bis auf das Periost reichten und darin noch lebende Maden, Schwellung der Halslymphdrüsen, der Milz und fibrinöse Beläge der Darmserosa. H. nimmt an, dass die Maden, welche sich als solche der grünen Schmeissfliege, Lucilia

caesar, erwiesen, die tödliche Sepsis hervorriefen. B. kl. W. p. 228.

Die sog. klimatischen Bubonen sind nach zur Verth, welcher 26 Fälle an Bord der Vineta in Westindien beobachtete, weder eine spezifische Krankheit, noch gehören sie zur Malaria. Sie sind vielmehr Folge von Infektion kleiner Wunden, ihr Auftreten wird durch die Temperaturverhältnisse begünstigt. Sie können mit und ohne Fieber verlaufen; dasselbe tritt remittierend oder intermittierend auf. Ein Teil der Bubonen, welche meist doppelseitig auftreten, geht ohne Incision zurück. A. f. Schiffs- und Tropenhyg. VII. N. 2.

Die Kala-Azar benannte Krankheit, welche viele Autoren für schwere Malaria erklären, bezeichnet Bentley als eine dem Maltafieber analoge Erkrankung. Die Erkrankung beginnt ohne Vorläufer mit Schüttelfrost und hohem Fieber. Letzteres ist im Verlauf der Krankheit unregelmässig inter- oder remittierend oder bleibt fast gleich hoch. Nach 2—6 Wochen sinkt die Temperatur zur Norm ab, erhebt sich aber nach kurzer Zeit wieder zu wochenlanger Steigerung. Das Wiederansteigen der Temperatur erfolgt oft mit Frost, profusem Schweiss und Kopfschmerz. Während des Fiebers, welches oft eine Continua von ca 38° C. bildet, magern die Patienten hochgradig ab, Milz und Leber schwellen beträchtlich an, und es entwickelt sich Anämie und Neigung zu Hämorrhagien. Genesung ist sehr selten; 90 Proz. der Kranken enden unter dysenterischen Erscheinungen, 10 Prozent an interkurrenten Krankheiten. Die Krankheit, welche selten neu angekommene Europäer, dagegen Eingeborne und schon lange in den Tropen anwesende Europäer befällt, erklärt Bentley für ansteckend. The J. of tropic. Med. 15. Dez.

In Leberabszessen fand C. Davidsohn Bakterium coli oder Eiterkokken; ersteres, wenn die Leberabszesse auf dem Gallenweg entstanden sind,

letztere, wenn sie auf dem Blutwege entstanden. Virchows A. 171. Bd.

J. Koreck färbt Malariaparasiten mittelst folgender Farblösung: In 100 ccm einer 1 prozentigen Lösung von Methylenblau medicinale Höchst fügt man 0,5 g Collargol (Credés lösliches Silber) und schüttelt mehrmals kräftig; nach einigen Stunden Filtration. Mit diesem Arg. M.-blau erzielt man binnen 15 Minuten eine prächtige Färbung. Wenn man 1 ccm Arg. M.-blau verdünnt mit destiliertem Wasser auf 15 und dann 0,6—0,7 ccm 1 prozentigen Eosins A. G. hinzumischt, so erfordert die Färbung die doppelte Zeit. — Mit Acetonzusatz ist folgendes Verhältnis zu empfehlen: Arg. M.-blau 1,0; destilliertes Wasser ad 10,0; dazu 0,8—1,5 Eosin. Färbedauer 30 Minuten, bei älteren Lösungen weniger. Wenn sich Niederschläge zeigen, so ist die Zeit zu mindern oder es ist eine frische Lösung zu bereiten. D. m. W. p. 300

Zur Erleichterung der Malariadiagnose in Blutpräparaten hat R. Ross ein Verfahren angegeben, welches R. Ruge als brauchbar erprobt, aber noch verbessert hat. Ross streicht einen grossen Blutstropfen auf ein Deckglas von 18 mm^2, so dass das Blut in dicker Schicht aufliegt, lässt lufttrocken werden und giesst dann wässerige Eosinlösung auf, wie sie zur Romanowsky-Färbung benutzt wird. Diese Lösung bleibt ca. 15 Minuten auf dem Präparat. Sie zieht das Hämoglobin aus und lässt die Parasiten dadurch leicht erkennen, auch wenn die Blutkörper in drei- oder vierfacher Schicht übereinander liegen. Nach 15 Minuten spült man des Eosin vorsichtig ab und färbt mit einer Methylenblaulösung, wie sie zur Romanowsky-Färbung gebraucht wird, einige Sekunden nach, spült wieder vorsichtig mit Wasser ab und trocknet. In solchen Präparaten treten die Parasiten — die Ringformen durch ihr rotes Chromatinkorn kenntlich — deutlich hervor, und da man etwa 20 mal soviel Blut zur Untersuchung hat, wie bei der Ausstrichmethode, so findet man viel

eher Parasiten. (Lancet 1903, Vol. I., p. 86.) — Ruge hat an dem Rossschen Verfahren aber auszusetzen, dass beim Abspülen der Präparate die Blutschicht teilweise oder ganz abläuft. Ruge hat deshalb Ausziehen des Hämoglobins mit Fixierung der Schicht verbunden: er setzt einer 2 prozentigen Formalinlösung (das käufliche zu 40 Prozent angenommen) 0,5—1 Prozent Essigsäure zu und legt das mit dicker Blutschicht bedeckte Deckglas mit der Blutschicht nach unten in ein mit der genannten Flüssigkeit gefülltes Blockschälchen. Das Hämoglobin ist in wenigen Minuten völlig ausgezogen und die Schicht soweit fixiert, dass sie ein kräftiges Abspülen mit Wasser und nachträglichem Färben mit verdünnter Manson- oder Romanowsky-Lösung verträgt; ja man kann die Präparate in Romanowsky-Lösung etwas erwärmen, um die Färbedauer abzukürzen und dann in angesäuertem Wasser differenzieren. Dabei auftretende Niederschläge lassen sich mit Alkohol auswaschen. Da durch Formalin die Färbbarkeit der Parasiten etwas herabgesetzt wird, so färbt man, wenn es sich um kleine oder mittlere Tropenringe handelt, die nach Romanowsky angefertigten Präparate nach Auswaschen der Niederschläge mit verdünnter Manson-Lösung nach. Elegant sind die nach Ross gefertigten Präparate nicht; sie enthalten stets Niederschläge, die Parasiten sind aber leicht zu finden. D. m. W. p. 205.

Bei unklaren Erkrankungen in Malariagegenden rät Peserico zur systematischen Blutuntersuchung. Namentlich die Sommer-Herbstform kann bei Rezidiven verschiedenartige Krankheitsbilder vortäuschen, so Addisonsche Krankheit, Meningitis, Nephritis mit urämischen Erscheinungen, akute Phthise oder Wirbeltuberkulose. Gazz. degli osp. N. 17.

Bei Malaria treten, wie Vaccari, welcher selbst 3 Fälle beobachtete, berichtet, zuweilen urticaähnliche, aber nicht juckende Ausschläge auf. Die

grossen, unregelmässigen, auf Druck erblassenden Quaddeln finden sich am ganzen Körper, vorzugsweise aber an den Unterarmen und Beinen. Zuweilen konfluieren dieselben. Gaz. degli osp. N. 14.

Für die Unterscheidung der kontinuierlichen und remittierenden tropischen Fieber zieht L. Rogers die Blutuntersuchung heran. In Indien pflegen alle langdauernden Fieber Typhus oder Malaria zu sein. Diese beiden Krankheiten lassen sich in den weitaus meisten Fällen durch die klinischen Erscheinungen von einander unterscheiden. Trotzdem bei Malaria in Indien die Plasmodien oft nicht aufzufinden sind, muss die Blutuntersuchung doch ausgeführt werden. Bei Malaria sind die grossen mononucleären Zellen vermehrt. Febris simplex continua ist fast stets Malaria, dagegen remittierendes Fieber, wenn Malariaplasmodien fehlen, Typhus. Lancet. 30. Mai.

Die krankheitserregenden Moskitoarten in der Umgegend von Algier haben die Brüder Sargent studiert. Sie fanden: zwei bisher noch nicht beschriebene Arten der Gattung Anopheles, welche Malaria verbreiten, eine andere, die Stegomyia fascinata, welche als Verbreiterin des gelben Fiebers bezeichnet wurde, und Culex fatigans; letztere Art beherbergt die Filaria sanguinis und kann dieselbe übertragen. Anm. de l'inst. Pasteur. Jan.

Bei einem Fall von Gasbrand beim Menschen haben Ghon und Sachs aus den Organen einen Bazillus gezüchtet, welcher vielleicht identisch ist mit dem Bazillus des malignen Oedems, einem beweglichen Anaëroben, welcher im Kaninchenkörper Schaumorgane erzeugt. Cbl. f. Bakt. 34 Bd. Nr. 7.

Die wesentlichsten Unterschiede zwischen Röteln, Masern und Scharlach hat Chr. Bäumler auf einer Tafel übersichtlich zusammengestellt:

	Röteln	Masern	Scharlach
I. Inkubationszeit.	17—21 Tage	9—11 Tage	1—7 Tage und mehr.
II. Prodromalerscheinungen vor dem Ausschlage.	Meist keine.	Fieber, Katarrh der obersten Luftwege und der Conjunktiva.	Erbrechen, Halsschmerz, Fieber, hohe Pulsfrequenz.
III. Ausschlag:			
Erstes Auftreten.	Am 1. Krankheitstag.	am 4.	am 2.
Verbreitung:	Zuerst im Gesicht. Ober- u. Unterlippe sind auch mit Ausschlag bedeckt.	desgleichen.	zuerst an Hals und oberer Brust, im Gesicht; die Mundgegend bleibt jedoch frei.
Art des Ausschlages:	Flecke oder Stippchen, Farbe hellrot.	Flecke, bald etwas erhaben, mit stärkerem Hervortreten der Hautfollikel, Farbe bläulichrot.	Feinste punktförmige Stippchen, dicht stehend auf gleichmässig geröteter Haut gesättigt rot.
Abschuppung:	Geringfügig, Kleienförmig.	Kleienförmig.	Am Rumpf und Hals kleienförmig, an Händen und Füssen, oft erst nach Wochen, in Form grösserer Fetzen. (lamellös).
IV. Begleitende typische Erscheinungen: An den Halsorganen:	katarrhalische Rötung.	Anfangs fleckige Rötung, dann gleichmässig. (An der Wangenschleimhaut die Koplikschen Flecken.)	Gleichmässige starke Rötung mit Schwellung; zuweilen follikuläre Pfröpfe oder flächenhafte Auflagerung. Komplikation mit Diphtherie.
An den Athmungsorganen:	Zuweilen etwas Katarrh.	Starker Katarrh, Laryngitis, Bronchitis und Bronchiolitis. Grosse Neigung zu Bronchopneumonie.	
Seitens der Milz:	Etwas Vergrösserung.	Keine Vergrösserung.	Vergrösserung.
Seitens der Lymphdrüsen:	Oberflächliche Cervikal-Clavicular-, oft auch andere Drüsen etwas vergrössert, weich, zuweilen etwas empfindlich.	Nicht so konstant vergrössert als bei den Röteln.	Drüsen besonders am Unterkieferwinkel vergrössert. Cervikaldrüsen später, als Komplikation, oft mit Abszessbildung.
V. Fieber.	Oft keine oder nur geringe Temperaturerhöhung, selten bis 39°. Höchste Temperatur gewöhnlich am 1. Tag.	Dreitägiges Prodromalfieber. Ansteigende Temperatur mit der Ausbreitung des Ausschlags. Maximum beider gleichzeitig.	
Entfieberung	Lytisch	Kritisch	Lytisch.
VI. Complikationen:	Keine konstanten oder häufigen.	Bronchopneumonie. Otitis media. Bronchialdrüsen—und Lungentuberkulose. Allgemeine Miliartuberkulose. Noma. Diphtherie. Selten Nephritis.	Endokarditis. Rheumatismus akutus. Nephritis. Otitis media. Septicopyamie.

Artikel „Röteln“ in der „Deutschen Klinik“ II. Bd. Urban u. Schwarzenberg. Berlin u. Wien, p. 577.

Die Koplikschen Flecken an der Mundschleimhaut gegenüber den unteren Prämolarzähnen welche nach Koplik, Heubner und Slawigk schon im Prodromalstadium bei Masern erscheinen und für Masern pathognomonisch sein sollen, konnte Aronheim während einer Masernepidemie nur in 6 Prozent der Fälle beobachten. M. m. W. p. 1209.

Für die Diagnose der Meningokokken hat H. Jaeger Agglutination derselben durch Serum immunisierter Kaninchen erfolgreich verwendet. Er konnte so seine Meningokokkenstämme mit dem Weichselbaumschen Meningokokkus identifizieren und von andern Kokkenarten unterscheiden. Da auch bei einem Falle von Genickstarre ein aus dem Nasenschleim gezüchteter Kokkus agglutiniert wurde, eröffnet sich die Möglichkeit, die Diagnose auf Genickstarre am Lebenden frühzeitig exakt zu stellen durch Kultur der im Nasenschleim vorhandenen Keime und Agglutinationsprüfung dieser Kulturen mittelst spezifischen Serums auch in sporadischen Fällen. Z. f. Hyg. u. Infekt. 44. Bd. p. 225.

Den Diplokokkus intracellularis meningititis (Weichselbaum) hat Lord in der Nase in einem Falle nachgewiesen, in welchem meningeale Erscheinungen nicht auftraten. Auf Grund seiner Untersuchungen erklärt Lord 49 in der Literatur als nasale Infektion mit dem Meningokokkus angesprochene Fälle als nicht bewiesen wegen mangelnder Unterscheidung von ähnlichen Mikrokokken durch Kultur. Cbl. f. Bakt. 44. Bd. Nr. 17.

Nach Orglmeister ist die Behauptung, ein Liquor cerebrospinalis, welcher in klarer Flüssigkeit feinste Sonnenstäubchen enthalte, in welchem sich eigenartige Fibringerinsel bilden und die kleinen Lymphocyten überwiegen, sei ausschlaggebend für die Diagnose einer tuberkulosen Meningitis, nicht begründet. Nach O., welcher 15

Fälle von tuberkulöser Meningitis darauf untersuchte, fehlen die erwähnten Merkmale bei der eben genannten Erkrankung oft, finden sich dagegen auch bei Meningitis anderer Herkunft. Den tuberkulösen Charakter einer Meningitis beweist lediglich das Auffinden von Tuberkelbazillen im Liquor, was O. in 60 Prozent seiner Fälle gelang. D. A. f. kl. M. 76. Bd. 1. H.

Ein von R. Birnbaum berichteter Fall zeigt, dass der Meningokokkus in den Meningen eine schwere Meningitis hervorrufen kann, mit 15 wöchentlichem Verlauf, ohne eine Spur von Eiterung oder auch nur Trübung der Cerebrospinalflüssigkeit, eine Art meningealer Sepsis. Auf Entzündungsprozesse wiesen intra vitam nur die in der sonst absolut klaren lumbalen Flüssigkeit entstehenden Gerinsel hin; diese stellen, wie Lichtheim hervorhob, ein feines Reagens auf entzündliche Zustände in den Meningen dar. M. m. W. p. 1252.

Für die Diagnose der tuberkulösen Meningitis empfiehlt Variot Lumbalpunktion, Zentrifugieren des entnommenen (10—20 ccm) Liq. cerebrospinalis und cytologische Untersuchung desselben. In einer Reihe von Fällen fand V. die auf Grund der Untersuchung gestellte Diagnose durch den weitern Verlauf bestätigt; in 14 Fällen mit mangelnder Lymphocytose dagegen schwanden die verdächtigen Erscheinungen. Presse méd. N. 46.

Hutinel hat hervorgehoben, dass man bei der eitrigen und der serösen Meningitis dieselben pathogenen Mikroorganismen: Pneumokokken, Staphylokokken, Influenzabazillen finde. Eine Ergänzung dazu bildet eine von Delherm und Laignel-Lavastiné berichtete Erkrankung eines einjährigen Knaben, bei welchem nach dem klinischen Bilde tuberkulöse Meningitis anzunehmen war, die Sektion aber seröse Streptokokkenmeningitis ergab. Rev. mens. des mal. de l'enfance. April.

Der Nachweis des Milzbrandbazillus im Kadaver grosser Haustiere (wahrscheinlich auch des Menschen) durch Ausstrichpräparate kann nach J. Bongert zu Fehlschlüssen führen, dadurch dass a) der Bazillus unter dem Einfluss von Fäulniserregern Formveränderungen erleidet, b) die Milzbrandbazillen zuweilen im Blute in zu spärlicher Zahl vorhanden sind. Sicherer als der Nachweis durch Tierimpfung ist vielfach die Kultur, weil durch sie auch die Keime nachgewiesen werden, welche ihre Virulenz eingebüsst haben. Cbl. f. Bakt. 34. Bd. N. 18.

In einer Arbeit über den Paratyphus führt W. Korte aus, es gehe aus der Mitagglutination des Typhusbazillus bei Paratyphusinfektionen für die Serodiagnostik des Unterleibstyphus die Forderung hervor, die Sera typhusverdächtiger Kranker nicht nur auf ihre agglutinierende Wirkung den Typhusbazillen, sondern auch den Paratyphusbazillen gegenüber zu prüfen. Z. f. Hyg. u. Inf.-Kht. 44. Bd. p. 242.

In jedem Falle schwerer Phlegmone, bei welchem Verdacht vorliegt, dass Amputation in Frage kommen könnte, ist nach den Erfahrungen von Canon die bakteriologische Blutuntersuchung möglichst frühzeitig vorzunehmen und täglich zu wiederholen. Negative Blutbefunde haben keinen oder nur ausnahmsweise einen Wert für die praktische Beurteilung des Falles; positive können ohne Belang sein, besonders, wenn die Zahl der aufgegangenen Kolonien eine kleine ist. Ist die Zahl der letztern aber eine beträchtliche, ist insbesondere Zunahme der Keime bei mehrfacher Untersuchung festzustellen, so fällt dies für die Amputation in die Wagschale. Ein Befund von Staphylokokken ist weniger schwerwiegend als der von Streptokokken, besonders wenn die Staphylomykose eine Osteomyelitis ist. M. a. d. Grenzg. d. M. u. Ch. 10. Bd. 3. H.

Es gibt kein Gewebe und kein Organ, in welchem sich im Verlauf einer Pneumonie der Pneumo-

kokkus nicht gelegentlich einmal lokalisiert. Von seltenen Lokalisationen hat C. Zamfirescu beobachtet eine Phlebitis, eine Arthritis und Myositis pneumokokkica. Diese Lokalisationen gehen meist mit erneutem Temperaturanstieg einher, die Prognose aber ist in der Regel eine gute. Spitalul p. 103 nach einem Ref. in Schmidts Jhrb. 278. Bd. p. 244.

Einen Fall von Sepsis, hervorgerufen durch den Pneumobazillus Friedländer berichtet F. Jenssen. Aus nicht nachgewiesener Ursache kam es zur Allgemeininfektion durch den Friedländerbazillus, welche ad exitum führte. Die Infektion bewirkte Abszessbildung in den Nieren und der Leber, Durchbruch eines Leberabszesses in die Bauchhöhle, diffuse, eitrige Peritonitis. Die Sektion ergab weiter: multiple Pneumonieen in beiden Lungenunterlappen mit Pleuritis. In einem Schultergelenk liessen sich die Bakterien nachweisen, ohne dass es zu makroskopischen Veränderungen gekommen war. M. m. W. p. 1251.

Der sonst in Kulturen schnell absterbende Pneumokokkus bleibt nach Rymowitsch auf hämoglobinhaltigem vor Ansteckung geschütztem Nährboden bei 36—38° 6—8 Wochen lebensfähig. Er färbt den Nährboden schon binnen 24 Stunden graubraun. Dieses Verhalten lässt sich zur Isolierung des Pneumokokkus verwerten, doch ist, da auch andere Bakterien die gleiche Veränderung bewirken, eine mikroskopische Prüfung der Kolonien unerlässlich. Cbl. f. Bakt. 32. Bd. p. 385.

Bei Pocken kommen nach Erfahrungen von Voituriez während einer Epidemie in Lille nicht selten Knochen- und Gelenkerkrankungen vor und zwar zwei Formen: Die erste in der Rekonvaleszenz in der Form von Anschwellungen an der Diaphyse der langen Röhrenknochen, welche meist gutartig bleiben, die zweite an den Gelenkenden der langen Röhrenknochen und der Gelenke in der Form einer

Streptokokkenosteomyelitis infolge sekundärer Infektion. J. des sc. méd. de Lille. 21. Febr.

Für etwa $^{1}/_{6}$ aller Fälle von Puerperalfieber macht Taussig den Gonokokkus verantwortlich. Die Diagnose lässt sich durch Nachweis des Gonokokkus in den Lochien mit Bestimmtheit stellen. Er gelangt nicht stets, aber oft durch die Digitaluntersuchung in den Uterus. 6—8 Tage nach der Infektion zeigen sich kurzdauerndes Fieber und Unterleibsschmerzen. Der weitere Verlauf ist meist ein milder. Americ. Gynecology. April.

Das Krankheitsbild der Henochschen Purpura, zuerst 1868 beobachtet, zeigt, wie O. Rommel unter Mitteilung eines einschlägigen Falles ausführt, eine Purpura mit Gelenkanschwellungen und heftigen Abdominalerscheinungen (Erbrechen, Darmblutung, Kolik, Tenesmus), welche die Szene beherrschen, ferner schubweises Auftreten der vorgenannten Erscheinungen. Die Intervalle betragen Tage, Wochen, ja Monate. Die Fieberkurve stellt eine auseinandergezogene Intermittens dar. Bl. kl. W. p. 755.

Die Diagnose der Pyocyaneussepsis ist, wie A. Kühn, welcher einen derartigen Fall beobachtete, ausführt, aus den klinischen Erscheinungen kaum zu stellen, dagegen durch Reinzüchtung des Bac. pyocyaneus. Das Krankheitsbild der Pyocyaneussepsis erinnert an das des Typhus, nur kann, wie in Ks. Fall, der Milztumor grösser sein; das Sensorium ist frei, was bei Typhus mit hohen Temperaturen nie der Fall ist, ebenso ist der Puls nicht verlangsamt; Widalsche Probe ist negativ. Die Diazoreaktion kann positiv sein und die Leukozytenzahl vermindert, wie beim Typhus; oft besteht hämorrhagische Diathese. C. f. i. M. N. 24.

Die Reynaudsche Krankheit muss nach Crisari differentialdiagnostisch von dem 1882 von

Collins und Quincke beschriebenen „umschriebenen akuten Hautödem“ wohl unterschieden werden. Letzteres lässt C. auf Angioneurose beruhen, die Reynaudsche Krankheit aber, welche sich in Oedemen und Cyanose der Haut, sowie symmetrisch auf beiden Seiten des Körpers auftretenden Bläschen äussert, auf einer krankhaften Funktion des Sympathikus. Il Morgagni. März.

Zur kulturellen Differenzierung der Ruhrbazillen von ruhrähnlichen Bazillen bemerkt Hetsch, Manit-Lakmus-Nutroselösung sei kein Nährmedium, durch welches sichere Artunterscheidung möglich sei. Die Züchtungsergebnisse in ihr stehen den Resultaten durch Agglutination in einem hochwertigen Dysenterieserum nach. Cbl. f. Bakt. 34. Bd. N. 6.

Aus Scharlachblut gewonnene und längere Zeit fortgezüchtete Streptokokken werden nach Moser und Frhr. v. Pirquet durch ein mit solchen Streptokokken hergestelltes mono- und polyvalentes Immunserum meist spezifisch agglutiniert. Die mikroskopische Agglutination ist bei Streptokokken ebenso typisch wie die makroskopische. Cbl. f. Bakt. 34 Bd. N. 7.

Scharlachinfektionen werden nach Erfahrungen von Sutherland stets nur durch direkten Kontakt, nie durch dritte Personen übertragen. Lancet. 10. Jan.

Als Ursache der Schlafkrankheit bezeichnete Bettencourt, Ayres Kopke, de Resende und Mendes einen Streptokokkus, welcher mit dem von Castellani gefundenen Kokkus identisch ist. Vff. benennen denselben Hypnokokkus. Br. m. J. 18. April.

Als Ursache der Schlafkrankheit bezeichnet und beschreibt A. Castellani ein Trypa-

nosoma, welches wahrscheinlich von F. gambiense verschieden ist. Man sieht dasselbe in der durch Lumbalpunktion gewonnenen Cerebrospinalflüssigkeit. In dieser fand es Bruce in 38 Fällen ausnahmslos und in 12 von 13 Fällen auch im Blute. Br. m. J. 20. Juni.

Die Schlafkrankheit wird nach Maxwell Adams durch Bisse von Ratten, welche selbst durch Flöhe infiziert werden, auf den Menschen übertragen.

Weiterhin stellt C. Low fest, dass die aufgestellte Behauptung, die Filaria perstans sei die Ursache der Schlafkrankheit, nicht zutrifft. Br. m. J. 28. März.

Zwischen der pathogenen Fähigkeit und der hämolytischen Fähigkeit der Staphylokokken besteht nach P. van Durme ein enger Parallelismus. In dem durch pathogene Staphylokokken erzeugten Eiter findet sich stets ein Toxin, welches namentlich die roten Blutkörperchen aufzulösen vermag. Dieses Hämolysin fehlt den nichtpathogenen Kokken gänzlich. Hyg. Rdsch. p. 66.

Die Artunterscheidung der für den Menschen pathogenen Streptokokken hat H. Schottmüller mit Hilfe von Blutagar versucht. S. verwendet zu den Blutagarplatten menschliches Blut, welches er bei diagnostischen oder therapeutischen Venaesektionen oder aus dem Herzen frischer Leichen gewinnt; er mischt mit 5 ccm gewöhnlichen, flüssig gemachten und auf 45° abgekühlten Agars vor dem Ausgiessen auf die Platte 2 ccm Blut und streicht nach Verdunsten des Kondenswassers das zu untersuchende Material, z. B. Eiter auf der Oberfläche aus. S. prüfte so den Streptokokkus longus patholog. seu erysipelatos und den Streptokokkus mitior, welchem er wegen der gleich zu erwähnenden Eigentümlichkeit den Beinamen viridans gibt. Die Kulturen dieses Mikro-

kokkus zeigten nämlich konstant auf dem Blutagar eine deutliche grüne Färbung, während die des Streptokokkus longus dieselbe nie zeigten. Dagegen löst letzterer den Blutfarbstoff so intensiv auf, dass um den Impfstrich oder die einzelne Kolonie millimeterbreit sich eine farblose durchsichtige Zone makroskopisch erkennen lässt. Im Blutbouillon verleiht der St. longus dem Blutfarbstoff allmählich eine karmoisinrote Nüanzierung, der St. mitior eine gleichmässig braunrote Färbung. Den St. mitior traf Sch. bei einer Gruppe von Krankheiten, welche sich durch relativ milden Verlauf auszeichnen. M. m. W. p. 849.

Die Untersuchung des aus einer Armvene entnommenen Blutes mittelst Kultur hat Curschmann nicht nur bei Typhus, sondern auch bei septischen Prozessen und Puerperalfiebern sehr günstige Resultate geliefert. Bedingung für günstige Resultate ist aber, dass man je 2—3 ccm Blut mit wenigstens 6 ccm Agar zu je einer Platte ausgiesst. In 21 Fällen von Typhus fand C. 18 mal Typhusbazillen im Blut; in einem Falle schon am Beginn des dritten Krankheitstages und in acht vor Ablauf des neunten Krankheitstages. Bei Puerperalfieber und kryptogenetischer Sepsis fand Curschmann die Platten mit Streptokokken-Reinkulturen dicht besetzt. M. m. W. p. 1534.

Nach E. v. Hippel sind syphilitische Gelenkaffektionen in den spätern Stadien der hereditären Syphilis häufig. Da sie sich öfter finden als z. B. Hutchinsonsche Zähne oder Labyrinthtaubheit, so ist in jedem Falle, in welchem Verdacht auf hereditäre Lues besteht, nach vorangegangenen Gelenkaffektionen zu forschen. Ein positives Ergebnis macht die Diagnose Lues wesentlich wahrscheinlicher. M. m. W. p. 1321.

Auch Jordan hebt hervor, dass man bei Gelenkaffektionen, insbesondere den Kniegelenkentzündungen, zumal wenn sie doppelseitig auftreten, nicht nur im Kindesalter, sondern auch bei

jugendlich Erwachsenen ätiologisch mit der Möglichkeit hederitärer Syphilis rechnen muss. In diagnostisch zweifelhaften Fällen ist daher ein Versuch mit antisyphilitischer Behandlung geboten, doch muss dieselbe sehr energisch und lange durchgeführt werden, da hereditär-syphilitische Affektionen auf Quecksilber und Jodkali oft weniger prompt reagieren als erworbene. M. m. W. p. 1324.

Erweichte Bubonen der Frühlues sind nach M. Marcuse in Wirklichkeit nicht so selten, wie allenthalben angenommen wird. Die richtige Diagnose wird schon dadurch erschwert, dass die Lymphdrüsen als Sitz von luetischen Erweichungsvorgängen überhaupt nur wenig bekannt sind. Bei Patienten mit Frühsyphiliden bez. mit Primäraffekt pflegt man gummöse Prozesse nicht zu suchen und vermutet deshalb oft eine Mischinfektion, sei es mit einer solchen einfach pyogener Natur, sei es mit einer durch Ulcus molle-Bazillus oder Gonokokkus bedingten. Man kann sich vor Fehldiagnosen schützen, wenn man daran denkt, dass die „gummösen" Bubonen schon klinisch von den „virulenten" durch das Fehlen primärer akuter Entzündungserscheinungen unterschieden sind. Schwierig ist die Diagnose, wenn Lymphdrüsenaffektion ohne andere sichere Zeichen von Lues besteht. Die Biopsie bietet für die Diagnose der syphilitischen Lymphadenitiden nur geringe Hilfe. M. m. W. p. 1122.

Dem Syphilisbazillus, welchen M. Joseph beobachtete, spricht H. Pfeiffer (Wien) jede pathologische Bedeutung ab, da er dasselbe der Diphtheriegruppe angehörende Stäbchen 17 mal unter 27 Fällen von sicher nicht syphilitischen Harnröhren fand. Auch behauptet Pf. verschiedene Fehlerquellen in Josephs Arbeit gefunden zu haben. W. kl. W. N. 26.

Als neues bisher nicht beschriebenes postsyphilitisches Merkmal bezeichnet G. Nobl Vorhandensein eines in Kreis- und Bogenlinien

gruppierten Facettenschliffs der faltenreichen Oberfläche der Zähne, aus welcher zarte, satin- und glimmerartig schimmernde, zierliche Zeichnungen resultieren. Von 170 vor 2 bis 20 Jahren luetisch infizierten Männern zeigten 27 das besprochene Zeichen, welches durch die syphilitische Behandlung nicht beeinflusst wird. W. kl. W. N. 42.

Für Lues pathognostisch sind nach I. Bondi entzündliche Erscheinungen in der Nabelschnur: von 31 sicher luetischen Fällen zeigten 15 in der Nabelschnur das Bild der Arteriitis bez. Phlebitis, während sich in 100 Nabelschnuren, die von Müttern stammten, bei denen kein Verdacht auf Lues vorlag, sich diese Veränderungen nie auffinden liessen. A. f. Gyn. 69. Bd. 2. H.

An Syphilis erkrankt Gewesene haben nach Graham Brown nicht dieselben Aussichten auf die Lebensdauer wie an Syphilis nicht Erkrankte, worauf bei Lebensversicherungen Rücksicht zu nehmen ist, was dadurch geschieht, dass man das Lebensalter des zu Versichernden um 5—10 Jahre höher annimmt. Nur wenn 15 Jahre nach der Ansteckung krankheitsfrei verflossen sind, kann man hiervon absehen; dagegen sind Erkrankte in der Sekundärperiode oder beim Bestehen tertiärer Erscheinungen abzulehnen. Günstig anzusehen ist, wenn der Erkrankte kein Trinker ist. Im wesentlichen derselben Ansicht ist Bramwell, welcher die Gefährdung des Lebens weniger in den tertiären Erscheinungen als in den parasyphilitischen Krankheiten, wie Tabes, Paralyse, Lebercirrhose, Gefässentartung und Aortenaneurysmen findet. Scottish med. and surg. J. Jan.

Nach J. Justus sinkt bei Syphilis mit der Verbreitung des Krankheitsprozesses im Körper der Hämoglobingehalt des Blutes und hebt sich erst allmählich wieder mit beginnender Rückbildung des Exanthems, um bei Eintritt eines Rezidivs von neuem zu sinken. Bei energischer Quecksilberbehandlung

sinkt anfangs der Hämoglobingehalt noch tiefer, steigt aber bei Fortsetzung der Behandlung wieder. Justus betrachtet ein Absinken des Hämoglobingehalts um mehr als 5° Gowers für ein diagnostisch für floride Lues verwertbares Zeichen, dessen Fehlen jedoch nichts gegen Syphilis beweist. D. A. f. kl. M. 75. Bd. 1. H.

Aus einer beachtenswerten Arbeit von P. Stolper über die Beziehungen zwischen Syphilis und Trauma sei von diagnostischen Gesichtspunkten hervorgehoben, dass an der Stelle der Einwirkung des Traumas nach anfänglicher Neigung zur Heilung Verschlechterung auftritt und es zu gummösen Bildungen kommt. Für die Diagnose der Knochensyphilis ist die Röntgenaufnahme sehr wichtig, welche verdickte und spindelförmige Knochenbildungen zeigt. Syphilis disponiert infolge mangelhafter Ernährung zu Spontanfrakturen und zur Pseudarthrosenbildung. Grosse diagnostische Schwierigrigkeit bietet oft die Gelenksyphilis, insbesondere gegenüber der deformierenden und tabischen Arthritis. Grosse Wichtigkeit können in gerichtlichen Fällen bei plötzlichem Tod Gummabildungen im Myokard, luetisch- atheromatöse Veränderungen an der Aorta erlangen; luetische Arterienerkrankungen begünstigen auch Bildung traumatischer Aneurysmen und Venenentzündungen jugendlicher Personen beruhen fast stets auf Syphilis. Traumen können syphilitische Hodenentzündungen und Zerebralsymptome hervorrufen. In versicherungsrechtlicher Beziehung ist die Feststellung wichtig, ob ein Betriebsunfall syphilitische Infektion veranlasst hat, oder ob als Unfallfolgen angesehene Beschwerden auf Syphilis beruhen oder durch sie verschlimmert sind. D. Ztschr. f. Chir. 65. Bd. p. 117.

Auf Grund seiner Erfahrungen in Kleinasien erklärt v. Düring das Profetasche Gesetz: Immunität gesunder Kinder syphilitischer Eltern für unhaltbar. Das Collessche Gesetz: Immunität gesunder Mütter gegenüber ihren syphilitischen Kindern

erleidet — allerdings selten — Ausnahmen. W. m. Pr. N. 39.

Taenia cucumerina beobachtete W. Asam bei einem Kinde, welches oft mit einem Hunde gespielt hatte. Nach Huber ist die Zahl der Fälle von Taenia cucumerina (T. canina Linn., mit welcher die T. elliptica der Katze identisch ist) eine sehr geringe. T. c. kommt im Darmkanal der Hunde und Katzen vor. Der Hundefloh scheint der häufigste Träger des Cysticercoids zu sein. Anwesenheit vieler T. cucumerinae vermag beim Hund, in jedem Falle auch bei Rindern schwere Darmstörung und nervöse Symptome (Epilepsie, Wutanfälle) zu erzeugen. M. m. W. p. 334.

Nach einer Beobachtung von O. Hohlbeck hat es den Anschein, als ob Tetanusbazillen unter Umständen sich nicht nur in der Wunde beim Menschen finden, sondern auch in das Blut überwandern, bez. fortgeschwemmt werden. D. m. W. p. 172.

Einen „rheumatischen" oder „idiopathischen" rheumatischen Tetanus erkennen H. Racine und H. Bruns nicht mehr an; in ihrer Aetiologie nicht aufzuklärende Fälle bezeichnen sie als kryptogenetischen Ursprungs. Aber mit der Diagnose: kryptogenetischer Tetanus soll so lange zurückgehalten werden, bis alle Eingangspforten des Körpers genau untersucht sind. In einem von dem Verfasser mitgeteilten Fall nahm er seinen Ursprung im Gehörgang. D. m. W. p. 782.

Die von Negri als Erreger der Tollwut beschriebenen Protozoen können diese Rolle nach Schüder unmöglich spielen, da eine Gehirn-Emulsion, welche durch ein Filter passierte, welches Choleravibrionen zurückhielt, noch infektionsfähig blieb, trotzdem das Negrische Protozoon grösser ist als der Choleravibrio. D. m. W. N. 39.

Bei einer Trichinosis-Epidemie von 120 Fällen konnte Schleip eine schon früher gemachte

Beobachtung bestätigen: eine Eosinophilie im Blute von 10—40 Proz. als Frühsymptom. Dieser Befund ist differentialdiagnostisch zu verwerten, namentlich gegen Typhus, wo er sich nie findet. B. kl. W. p. 946.

Tryptophan-(Proteïnochromogen-)Reaktion (Violettfärbung bez. Rotfärbung bei Zusatz von Brom- und Chlorwasser) sah R. Glaessner regelmässig auftreten, wenn er ein Stückchen Karzinomgewebe zum Magensaft normaler Menschen hinzufügte und einige Stunden bei Bruttemperatur hielt. Magensaft bez. Mageninhalt karzinomatöser Magen gab mit normalem Magensaft oder Pepsinsalzsäure digeriert die Tryptophanreaktion nur einmal, und zwar bei einem durch die Sektion sichergestellten Karzinom. B. kl. W. p. 599.

Behufs Nachweises der Tuberkelbazillen im Harn lässt Forssell 1 Liter Harn 24 Stunden in einem 40 cm hohen, 6 cm weiten, sich unten konisch verjüngenden und dort mit Glashahn versehenen Zylinder sedimentieren, lässt den Bodensatz in zwei Zentrifugenröhrchen abfliessen, zentrifugiert 20 Minuten bei 7—10000 Umdrehungen in der Minute und untersucht den Absatz in der Röhrenspitze. Stark schleimhaltiger Urin ist vor dem Sedimentieren mit 12 proz. Borsäure-, Borax- oder 5proz. Sodalösung zu versetzen. Der Harn enthält nur bei Tuberkulose des uropoetischen Systems, nie aber bei andern Tuberkulosen Tuberkelbazillen. Smegmabazillen kommen im Katheterharn nicht vor; in natürlich gelassenem nur bei Frauen und Männern mit langer Vorhaut. Eine 3 Minuten lange Einwirkung von 50% Acetonalkahol soll Smegmabaz. in mit Karbolfuchsin und Salpetersäure behandelten Trockenpräparaten entfärben, Tuberkelbazillen nicht. Smegmabazillen wachsen auf Heydenagar bez. -Bouillon nicht. D. Z. f. Chir. 66. B. p. 276.

Zu den zahlreichen Verfahren, welche erleichtertes Auffinden von Tuberkelbazillen im

Sputum anstreben, fügt A. Nebel folgendes: Das Sputum wird mit der 8—10fachen Menge klaren Kalkwassers in einem weithalsigen Glase mit Gummipfropfen kräftig geschüttelt; man zentrifugiert dann nach völliger Homogenisierung 2 Min.: es entsteht ein kompakter Bodensatz. Die darüber stehende Flüssigkeit wird in einen Berkefeld-Filterbecher gegeben, welcher in ein mit trockenem, lockerem Gips gefülltes Becherglas eingesetzt wird. Mittelst Platinpinsel oder Gummiwischer überträgt man dann den Filtrationsrückstand auf Objektträger oder Deckgläschen und untersucht auf Tuberkelbazillen. A. f. Hyg. 47. Bd. 1. H.

Aus der Leiche eines von einer gesunden Mutter stammenden neugeborenen Mädchens, welches anscheinend an allgemeiner Miliartuberkulose zugrunde gegangen war, züchtete L. Wrede einen Pseudotuberkelbazillus, welcher für Tiere pathogen ist. Derselbe unterscheidet sich von den bisher beschriebenen Pseudotuberkelbazillen. Beitr. z. path. Anat. 32. Bd. 3. H.

Als beachtenswertes Frühsymptom tuberkulöser Infektion bezeichnet J. Petruschky die Spinalgie, die typische Druckempfindlichkeit bestimmter Rückenwirbel; besonders bei primärer Tuberkulose der Bronchialdrüsen im Beginn hat dieses Anzeichen grosse Wichtigkeit. Der Symptomenkomplex ist der folgende:
1. Beim Abtasten der Processus spinosi zeigt sich eine Empfindlichkeit einiger Dornfortsätze gegen Druck, während die übrigen nicht empfindlich sind. Die Empfindlichkeitsunterschiede treten bei Wiederholung der Abtastung noch deutlicher hervor. 2. Die schmerzhaften Wirbel stehen häufig ein wenig hinter dem Niveau der übrigen zurück (minimale Lordose). 3. Bei der Abtastung hat der untersuchende Finger oft den Eindruck, als seien die empfindlichen Dornfortsätze etwas breiter, weicher und elastischer als die übrigen. 4. Die betroffenen Wirbel liegen meist zwischen dem 2. und 7. Rückenwirbel. — Das

Symptom hat nur diagnostischen Wert, wenn der Empfindlichkeitsunterschied ganz deutlich ist und bei jeder Betastung in gleicher Weise angegeben wird. Dass dieses Symptom, welches zunächst an eine Erkrankung der Wirbel denken lässt, mit Bronchialdrüsentuberkulose zusammenhängen könne, wurde P. zum erstenmal wahrscheinlich bei einem Fall von unstillbarem trocknen Husten, in welchem die Reaktion auf Tuberkulin die Diagnose sicherte. P. hat bis jetzt 79 Fälle von Spinalgie gesammelt, von diesen haben 77 auf Tuberkulin reagiert. Nur in 14 dieser Fälle war auch schon spärlicher Bazillenbefund vorhanden. — Bei vorgeschrittener Tuberkulose der Lungen hat P. die Spinalgie fast nie gefunden. Andererseits hat P. 26 Fälle gesammelt, in denen die Prüfung auf Spinalgie negativ ausfiel, die Tuberkulinprobe aber positiv bei negativem Lungenbefund, aber anamnestischem Tuberkuloseverdacht. P. betrachtet die Spinalgie deshalb nicht als unfehlbares Mittel zur Diagnose der Bronchialdrüsentuberkulose, aber als ein wichtiges Glied in einer Kette von Verdachtssymptomen, wie Anämie, schlechte Ernährung, Schlaffheit und Husten. M. m. W. p. 364.

In zweifelhaften Fällen von Tuberkulose, in denen die Tuberkulinprobe, Serumdiagnose bez. Lumbalpunktion nicht anwendbar sind und Lungenbefunde fehlen, rät J. Hobbs etwaiges Auftreten eines monartikulären hartnäckigen Gelenkrheumatismus und Abnahme der eosinophilen Zellen (z. B. auf 3 statt 20—25 bei normalem Verhalten) im Inhalt der durch Zugpflaster künstlich erzeugten Blasen als diagnostische Hilfsmittel zu verwerten. Pr. méd. N. 16.

Die üblichen Untersuchungsmethoden zum Nachweis beginnender Tuberkulose erklärt Ad. Schmidt für ungenügend. Die Tuberkulin- und die Serumprobe leisten auf der einen Seite zu wenig, auf der andern zu viel. Sie versagen bei unheilbaren progressiven Fällen, dagegen sind unter den

positiv reagierenden Menschen sicher eine grosse Anzahl, welche man vom praktisch-ärztlichen Standpunkte aus als durchaus gesund bezeichnen muss. Der klinische Wert beider Proben liegt mehr auf der negativen als positiven Seite. Reagierten Tuberkulose-Verdächtige bei wiederholter Einspritzung nicht, so kann man die Untersuchten für sicher nicht tuberkulös erklären. Für die Praxis müssen nach wie vor die Anamnese, der Allgemeinzustand, der Beruf, die physikalische Sputumuntersuchung der Diagnose zur Unterlage dienen. Dabei kommen aber zuweilen Irrtümer vor, welche einen nicht Tuberkulösen zum Tuberkulösen stempeln und dem Opfer der falschen Diagnose ein schweres psychisches Trauma zufügen. Es sind das:

1. die durch unregelmässige Konfiguration des Schultergürtels vorgetäuschten Dämpfungen und Schrumpfungen einer Spitze;
2. die Blutungen aus kleinen, schwer zu erkennenden Bronchiektasten und
3. die an den Lungenrändern entstehenden Pseudorassel- und Reibgeräusche.

A. Schmidt bringt für diese drei Fehlerquellen interessante Belege. D. m. W. p. 713.

Das alte Tuberkulin hat Schurig diagnostisch 10 Soldaten injiziert, welche objektive nachweisbare Veränderungen auf den Lungen nicht zeigten; alle reagierten. Das Fieber (zum Teil bei 39° C.) hielt nur einen Tag an und fiel schnell ab. Die Injektionen waren zum Teil nach Kochs Vorschrift (D. m. W. 1901 p. 832), zum Teil nach Petrutschkys Vorschlag (in 2—3 tägigen Pausen 0,1 bez. 0,5, bez. 2,0 bez. 5,0 mg) ausgeführt. Schurig erachtet den Vorschlag von Klimowitz (Z. f. Hyg. u. Infkh. 1902. 40. Bd.), alle Rekruten Tuberkulininjektionen zu unterwerfen, mit Schmiedicke für praktisch unbrauchbar für Entscheidung der Frage der Dienstfähigkeit. D. mil.-ärzt. Z. p. 699.

Freymuth betont, dass, da 50—70 Prozent der im ersten Stadium der Tuberkulose in Heilstätten

Aufgenommenen im Sputum keine Tuberkelbazillen zeigen, es von besonderer Wichtigkeit für die Frühdiagnose der Lungentuberkulose ist, sich durch Tuberkulininjektionen baldigst Klarheit zu verschaffen.

Von den Tuberkulinpräparaten hält Frey Alttuberkulin für empfehlenswert; die Injektion soll tief intramuskulär in der Glutäalgegend oder zwischen den Schulterblättern erfolgen. Bei 37,2° hält F. die Injektion noch für zulässig. Anfangsdosis, ausser bei den sehr Schwächlichen, 1 mg. Hierauf bei völliger Reaktionslosigkeit zweite Dosis 5 mg, bei auch nur angedeuteter Reaktion 3 mg; event. noch eine dritte. Injektion von 5 bez. 8 mg. Ausser der Reaktionshöhe ist die Form der Tuberkulinkurve zu beachten. Letztere zeigt zumeist folgende Form: Die Temperatur steigt binnen weniger Stunden auf ihre Acme und fällt in derselben Zeit wieder ab, sodass die Reaktion in 24 Stunden abgelaufen ist. Nicht ganz selten ist die protrahierte Reaktion, welche sich auf mehrere Tage erstrecken kann, meist nicht sehr hoch und zeigt sich als Kontinua oder Remittens. Recht selten ist die postponierte Reaktion, welche statt nach 8—10, erst nach 24—36 Stunden einsetzt und dann typisch oder atypisch verläuft. F. prüfte die Tuberkulinreaktion an 170 Patienten; er erklärt sie für das beste Mittel, Phthisis incipiens frühzeitig sicher zu erkennen. Die Reaktion ist am kräftigsten bei frischen und fortschreitenden Infektionen. Wird der Prozess stationär oder heilt er, so geht der Organismus durch ein Stadium der verminderten Toxinempfindlichkeit zu dem der aufgehobenen über. Ein negatives Resultat kann Tuberkulosefreiheit bedeuten, beweist aber sicher, dass keine aktive oder fortschreitende Tuberkulose vorliegt. Die ausgedehnteste Verwendung der Tuberkulinprobe fordert F. bei den Heilstättenanwärtern der Landesversicherungs-Anstalten. — Aus F.'s Material geht hervor, dass der bazilläre Tuberkulosefall a priori schwerer ist als der abazilläre und es deshalb wichtig ist, mit oder

ohne Tuberkulin vor dem Auftreten der Tuberkelbazillen die Diagnose zu stellen. M. m. W. p. 801.

Diagnostische Tuberkulininjektionen empfiehlt Hammer selbst bei ambulatorischen Kranken, denen er zweimal wöchentlich Injektionen macht, mit 1, 3, 6, 10 mg beginnend. Die Reaktion wird durch vierstündliche Temperaturmessung festgestellt. Oft sind Leichtkranke hierdurch zur Vornahme einer Kur zu bewegen. Vereinsbeilage der D. m. W. p. 197.

Nach den Untersuchungen von Bandelier lässt das Verhalten der Agglutination von Tuberkelbazillen (in der nach Koch aus staubförmig verriebenen Tuberkelbazillen hergestellten Festflüssigkeit) durch das Serum von Menschen in den verschiedenen Stadien der Tuberkulose und während ihres Verlaufs bei nicht spezifisch (durch Tuberkulin) vorbehandelten Menschen eine bestimmte diagnostisch oder prognostisch verwertbare Gesetzmässigkeit nicht erkennen; die Agglutination ist ein Mittel zur Frühdiagnose nicht (im Gegensatz zum Tuberkulin).

Dagegen zeigt sich bei Tuberkulinbehandlung des Patienten:

1. Durch dieselbe wird das Agglutinationsvermögen fast in allen Fällen gesteigert.
2. Je günstiger die Aussichten für eine Besserung bez. Heilung sind, um so schneller und höher steigt im allgemeinen das Agglutinationsvermögen und um so länger bleibt es erhalten.
3. Je ungünstiger die Aussichten sind, um so schwerer gelingt es, das Agglutinationsvermögen zu steigern und um so schneller geht es verloren; ein Stehenbleiben auf sehr niedriger Agglutinationsstufe spricht im allgemeinen für ein Fortschreiten des tuberkulösen Prozesses.

Z. f. Hyg. u. Infekt. 43. Bd. p. 315.

M e n s c h e n - und R i n d e r t u b e r k u l o s e erklärt N. R a w auf Grund seiner klinischen und pathologisch-anatomischen Erfahrungen für zwei verschiedene Krankheiten. Rindertuberkulose komme fast nie mit Menschentuberkulose bei denselben Individuen vor; er müsse annehmen, dass Rindertuberkulose für Menschentuberkulose immun mache. Der Mensch besitze die grösste Empfänglichkeit für Rindertuberkulose in der frühesten Kindheit. Br. m. J. 14. März.

Für die Differenzierung des T y p h u s b a z i l l u s und des B a c t. c o l i erachtet H e s s e die von H i s s (New-York) angegebene Verwendung von zwei halbfesten Nährböden, einen für Platten- und den andern für Stichkulturen, für praktisch. Der Nährboden für die Reagenzglaskulturen besteht aus 5 g Agar, 80 Gelatine, 5 Liebigs Fleischextrakt, 5 Kochsalz und 10 Glukose auf 1 Liter Wasser. (Nach völliger Lösung des Agars wird die Gelatine zugesetzt, durch einige Minuten langes Kochen sorgfältig gelöst, dann soviel Normalsalzsäure oder Normalnatronlauge zugesetzt, dass die Lösung 1,5 Prozent Normalsäure [Phenolphthalein als Indikator] anzeigt. Um den Nährboden zu klären, setzt man zwei in 25 ccm Wasser geschlagene Eier zu, kocht 25 Minuten und filtriert durch ein dünnes Filter von entfetteter Watte. Zuletzt wird die Glukose zugesetzt.) Der Nährboden für Platten enthält: 10 g Agar, 25 Gelatine, 5 Fleischextrakt, 5 Kochsalz, 10 Glukose auf 1 Liter Wasser. Er sollte nicht weniger als 2 Prozent Normalsäure enthalten. In den Platten erscheinen die Typhuskolonien bereits nach 6 Stunden — zum Unterschied von den durchschnittlich grössern, geschlossenen, runden oder wetzsteinförmigen, dunkler gefärbten und granulierten Kolikolonien — mit fadenförmigen Auswüchsen versehen und zwar von einem Faden bis zu einer die Kolonie umgebenden vollkommenen Franse. Der Erfolg wird dadurch erreicht, dass die Nährböden die Eigenbewegung der Kolibakterien beschränken.

In die Reagensgläser von den Platten übertragene Typhuskulturen trüben in 12—18 Stunden

den Nährboden gleichmässig, während Kolibazillen — abgesehen von der Gasbildung — den Nährboden im allgemeinen klar lassen und nur an den Stichkanälen und Gasblasenrändern Trübungen aufweisen.

Der einzige Nachteil der Methode besteht darin, dass Typhusbazillen im Stuhl Typhöser nicht eher erscheinen, als Typhusbazillen in ihm enthalten sind, also nicht eher, als bis es zur Entwicklung von Typhusgeschwüren gekommen ist, während die Widalsche Probe bereits am fünften Krankheitstage Ausschlag zu geben pflegt. Hesse erachtet die Hissche Methode für wichtig für solche Fälle, in denen Widal versagt. Hyg. Rdschr. p. 809.

Für die Frühdiagnose des Typhus abdominalis sucht E. Adler die wohl als wirksam anerkannte, wegen befürchteter Gefährdung des Kranken aber kaum noch angewendete Milzpunktion wieder zu Ehren zu bringen. Adler untersuchte auf der Prager Universitätsklinik 300 Patienten, davon mehr als die Hälfte Typhuskranke, mittelst der Milzpunktion und gelangte bei 90 Proz. der Typhusfälle binnen 10—20 Stunden zu einer sichern Diagnose. Die Milzpunktion gestattet rasche Differentialdiagnose gegenüber Sepsis, aseptischer Endocarditis, Miliartuberkulose und Meningitis. A. erklärt die Milzpunktion für völlig ungefährlich und lässt als Gegenindikation nur gelten, Haemophilie, hämorrhagische Diathese und hohes Alter. Bezüglich der Gruber-Widalschen Reaktion steht A. auf dem Standpunkt, dass positiver Ausfall, d. h. Agglutination, sofort oder binnen 15 Minuten bei Verdünnung von 1 : 30—50 Erkrankung an Typhus wahrscheinlich mache. D. A. f. kl. M. 75. Bd. 5. H.

Für Typhuskulturen eignen sich, wie C. Hartog betont, Löfflersche Serumplatten vorzüglich und zwar sowohl für schnelle und zuverlässige Isolierung wie Identifizierung der Typhusbazillen. Schon in 8—10 Stunden ist ein stetes Wachstum der Typhuskolonien wahrzunehmen. H. isolierte

mittelst dieses Nährbodens Typhusbazillen aus dem Eiter einer Strumitis posttyphosa. B. kl. W. p. 758.

Typhuskolonien mit charakteristischen Ausläufern erzielt Krause auf einem Nährboden mit 1 Proz. Agar, 13 Proz. Gelatine und 2,5 Proz. Harnstoff. A. f. Hyg. 44. Bd. p. 75.

Nach den Untersuchungen von Hirschbruch und Schwer ist die Zahl der auf dem Typhusnährboden von Conradi und v. Drigalski typhusähnlich und ebenso die der koliartig wachsenden Bakterienarten durchaus nicht gering. Hyg. R. p. 864.

Ein neues Verfahren zum kulturellen Nachweis der Typhusbazillen in Faeces, Wasser und Erde gibt Löffler bekannt. Er setzt zum Nährboden ein von den Höchster Farbwerken bezogenes, mit Dextrin abgeschwächtes Malachitgrün in einer Menge von 1 : 1000—4000. Je mehr Grün man zugibt, umso weniger Kolonien bilden sich. Auf den mit Grün versetzten Agarplatten wachsen fast nur Typhusbazillen in krustigen Kolonien mit den charakteristischen Furchen. Allerdings zeigen alkalibildende Koliarten ähnliche Kolonien und wie Typhus Umwandlung des Grüns in helles Gelb. Im Zweifelsfall entscheidet die Agglutinationsprobe. Vereinsbeilage der D. m. W. p. 286.

Ueber die bakteriologische Diagnose des Typhus abdominalis und insbesondere über Anreicherung mittelst der aktiven Beweglichkeit der Typhusbazillen hat Hayashikawa Untersuchungen angestellt, welche ergaben:

Die bakteriologische Diagnose des Typhus abdominalis gestattet typhusverdächtige Fälle, bei welchen das klinische Bild von dem des echten nicht zu unterscheiden ist, auszuscheiden.

Einmalige Vornahme der Gruber-Widalschen Reaktion gestattet sichere Typhusdiagnose nicht, weil diese Reaktion zuweilen lange nach der Heilung fortbesteht.

Es ist deshalb notwendig, die Reaktion in Zwischenräumen von 3—5 Tagen zu wiederholen, um die unverkennbare Steigerung des Agglutinationsvermögens nachzuweisen. Eine geringe Steigerung ist unter Umständen schwer oder nicht festzustellen, da sie entweder auf dem rasch auftretenden Minimum konstant stehen bleibt, oder in das Bereich der unvermeidbaren Fehlerquellen fällt.

Deshalb ist es kaum möglich, nur durch die Gruber-Widalsche Reaktion allein in kürzerer Zeit als durch die bakteriologische Untersuchung eine sichere Typhusdiagnose zu stellen.

Bakteriologische Untersuchung des Stuhls der Typhuskranken in Prag, bei welchen die Milzpunktion gleichzeitig ausgeführt wurde, war in 60 Proz. positiv, die des Harns in 18,3 Proz., zusammen in 65 Proz. Dieses unbefriedigende Resultat erklärt H. durch die Annahme, dass in vielen Typhusfällen nur geringe Darmgeschwüre bestehen.

Eine Untersuchung der Roseolen fiel bei 58 Proz. positiv aus. Die Milzpunktion war unter 18 mal 17 mal positiv. Sie wird von H. für die frühe und sichere Typhusdiagnose für unentbehrlich und zugleich für unschädlich erachtet. Typusbazillen wurden in vielen Fällen in der von H. studierten Prager Epidemie oft massenhaft mit dem Stuhle entleert, verschwanden jedoch in den nächsten Tagen bis zu sehr kleinen Mengen.

Die Anreicherungsmethode mittelst der aktiven Beweglichkeit der Typhusbazillen ist nach H.s Erfahrung zur Isolierung der letzteren von anderen beweglichen Darmbakterien bis jetzt unzureichend, wohl aber gelingt damit die Trennung von dem unbeweglichen, wie z. B. von einer Unmenge von Kokken, welche ab und zu bei der Züchtung der Typhusbazillen aus Roseolen, aus der Milz und dem Blute vorkommen. Die Isolierung der Typhusbazillen hält H. in solchen Fällen nur für möglich durch das Anreicherungsverfahren. Z. f. Heilk. 24. Bd. 2. H.

Als ein neues wichtiges Kriterium zur Unterscheidung der Pseudotuberkelbazillen von Tuberkelbazillen bezeichnet R. Milchner, dass

erstere nach Vorbehandlung mit Alkohol oder Formalin sich überhaupt nicht mehr färben lassen. Um Pseudobazillen im Gewebe nachweisen zu können, muss man Gefrierschnitte machen und diese in Lävulose einbetten. Milchner beobachtete dieses auffällige Verhalten der Pseudotuberkelbazillen bei einem 52jährigen kräftigen Manne, welcher vielfach Haemoptoe hatte, und einen handbreiten Dämpfungsbezirk über den Lungen, bronchiales Atmen und kleinblasiges Rasseln zeigte. Im Auswurf fanden sich Bazillen, deren Färbung und Aussehen genau dem der echten Tuberkelbazillen entsprach. Gegen die Annahme einer Tuberkulose sprach nur das sub- und objektive Wohlbefinden und der ungewöhnliche Sitz der Dämpfung im Unterlappen. Tierversuche ergaben keine Tuberkulose und erwiesen die Bazillen als Pseudotuberkelbazillen. Die Sektion des Patienten zeigte hochgradige Bronchiektasie und eine bronchiektatische Kaverne, aber weder makroskopisch noch mikroskopisch Spuren frischer Tuberkulose. B. kl. W. p. 663.

Als „Typhusdiagnosticum" zur Ausführung der Gruber-Widalschen Reaktion lässt M. Ficker eine abgetötete Typhusbazillenaufschwemmung durch die chem. Fabrik E. Merck in Darmstadt in den Handel bringen, welches die spezifisch-agglutinablen Stoffe enthaltende Präparat haltbar ist und die Reaktion dem blossen Auge sichtbar macht, wenn die Mischung mit dem zu untersuchenden Serum innerhalb 10—20 Stunden bei Zimmertemperatur gehalten wird. Man verdünnt das zu prüfende Serum zunächst auf das 10fache mit steriler physiol. Kochsalzlösung und überträgt von dieser Serumverdünnung 0,2 und 0,1 ccm in je ein Spitzglas. Gläschen 1 erhält dann 0,8 ccm, Gläschen 2 = 0,9 ccm der Kochsalzlösung. Man verkorkt die Gläschen, mischt gut und beobachtet nach 10 bis spätestens 20 Stunden, ob sich die agglutinablen Stoffe zusammengeballt haben und die Flüssigkeit geklärt hat. Diese Methode ermöglicht es dem praktischen Arzt, ohne Laboratorium und ohne Mikroskop die

Gruber-Widalsche Reaktion auszuführen. B. kl. W. p. 1021.

Die Widalsche Reaktion bei Typhus hat Dombrowsky an 134 Individuen ausgeführt und zwar an 96, bei denen Abdominaltyphus vermutet wurde, bei 18 mit Lungentuberkulose und 20 gesunden Personen. Er wendete die makroskopische und mikroskopische Untersuchung an und bediente sich einer Verdünnung von 1:25 bez. 50 bez. 100 bez. 200. D. erachtet die Widalsche Probe für eins der zuverlässigsten Hilfsmittel für die Typhusdiagnose. Irrtümliche Resultate derselben erklärt er zum Teil aus ungenügender Verdünnung des Serums (nur 1:10). Die makroskopische Reaktion erklärt D., weil sie bei stärkern Verdünnungen des Serums nicht deutlich ist, für unzuverlässiger als die mikroskopische. Bei letzterer kann man die Wirkung des Serums auf einzelne Bazillen verfolgen, bei der makroskopischen basiert die Aufhellung auf Farbenveränderungen, welche für das Auge nur bei genügend scharfem Hervortreten überzeugend sind. Man muss sich deshalb beider Proben bedienen. Für diagnostische Zwecke genügen zwei Verdünnungen: 1:50 und 1:100.

Blutserum von Phthisikern gab in 33 Proz. eine positive Widalsche Reaktion bei einer Verdünnung von 1:10, und in 16 Proz. auch bei 1:25; ebenso bei akuter allgemeiner Miliartuberkulose bei 1:25.

Blutserum von Gesunden ergab kein einzigesmal, auch nicht bei Verdünnung von 1:10 eine positive Widalsche Reaktion. Hyg. R. p. 209.

Bei Betrachtungen über den Wert der Agglutination für die Diagnose des Typhus kommt R. Stern zu dem Schluss, die Serumdiagnostik könne — namentlich wenn es sich um relativ niedrige Werte des Agglutinationsvermögens handelt — den Nachweis des Infektionserregers mit Sicherheit nicht ersetzen: sie spreche nur mit Wahrscheinlichkeit für die infizierende Rolle der agglutinierten Mikroben

und zwar mit einer um so höhern Wahrscheinlichkeit, je stärker das Agglutinationsvermögen des Serums ist. B. kl. W. p. 681.

Die Diagnose des Stadiums, in welchem sich der Typhuskranke befindet, stellt Wolff mittelst einer modifizierten Widalschen Probe. Er isoliert aus dem Stuhl des Kranken Typhusbazillen und macht die Agglutinationsprüfung, indem er eine Oese Bauillonkultur dieser Bazillen mit dem Serum desselben Kranken im hängenden Tropfen prüft. Auftretende Agglutination soll beweisen, dass sich Patient mindestens in der zweiten Woche befindet. Bei negativem Ausfall bringt Wolff das Serum des Kranken mit Kulturen von weiter vorgeschrittenen Fällen, deren Alter bekannt ist, zur Agglutination. The Amer. J. of the m. Sc. April.

In einem Falle von L. Langstein und H. Meerwein zeigte das Serum einer 22 jährigen Frau deutliche Agglutination von Typhusbazillen während einer Cholangitis im Anschluss an eine Cholelithiasis mit Komplikationen von seiten der Respirationsorgane. Ebenso wurde die Gruber-Widalsche Reaktion beobachtet bei Weilscher Krankheit, Leberkarzinom und Leberabscess. In 2 Fällen von fieberhaftem Ikterus fehlte die Reaktion. W. kl. W. N. 27.

Nach den Ausführungen von F. Köhler zeigen relativ häufig Personen, welche an Erkrankungen des Blutes, insbesondere aber solche, welche an Leberkrankheiten mit Ikterus leiden, Agglutinationsvermögen für Typhusbazillen (Widalsche Reaktion), desgleichen solche mit Koliinfektion und äusserst selten auch mit Pneumo- und Meningokokkusinfektionen. Für die Typhusdiagnose verliert die Widalsche Reaktion nicht wesentlich an Bedeutung. M. m. W. p. 1379.

Die baktericide Kraft des Typhusrekonvaleszentenserums bewertet L. Evans

dadurch, dass er eine bekannte Menge Typhusbazillen aus einer 18 stündigen Kultur dem unverdünnten Serum des Rekonvaleszenten beimischt und dann durch Gelatineplatten prüft, wie viele derselben vernichtet werden. Als baktericide Einheit bezeichnet Evans diejenige Menge Serum, welche 100 Typhusbazillen abtötet. Die baktericide Kraft ist der Agglutinationsfähigkeit nicht parallel und vom Alter des Patienten und der Zeit, welche seit Ueberstehen der Erkrankung verflossen ist, unabhängig. Je hochgradiger die Baktericidie ist, um so schneller tritt ihre Wirkung auch auf. Journ. of Pathol. and Bacteriol. August.

Ueber den Wert der Serodiagnostik bei Typhus und Dysenterie sprechen sich Posselt und v. Sagasser auf Grund eingehender Versuche aus. Bei Verwertung der Gruber-Widalschen Reaktion fordern sie, dass die Endwerte der Sera nicht nur für Typhus, sondern auch für Koli und Dysenterie festgestellt werden und analog bei Dysenterie. Ein Grenzwert lässt sich für die Diagnose einer bestehenden oder überstandenen Infektionskrankheit nicht feststellen. W. kl. W. N. 24.

Bei 68 Personen, welche früher an Typhus vor 2—48 Monaten gelitten hatten, hatten D. Browne und E. Crompton nur dreimal positive Reaktion bei Verdünnung des Serums von 1 : 20 bis 50. In den drei positiven Fällen lag die Typhuserkrankung 2, 12 und 38 Monate zurück. L. 27. Juni.

H. Kayser hat drei Fälle von Paratyphus zum Ausgangspunkt von Untersuchungen genommen. K. betont, dass die Diagnose nur mittelst der Hilfsmittel der Bakteriologie gestellt werden könne. Der von Conrad,, v. Drigalski und Jürgens aufgestellten Forderung, eine unter dem Bilde des Typhus verlaufende Erkrankung müsse nicht nur mit dem Typhusbazillus, sondern auch dem „Saarbrücker Stäbchen" agglutiniert werden, fügt K. die Forderung hinzu, die Agglutination sei auch mit dem Typhus

B des Paratyphusbazillus (das Saarbrücker Stäbchen stellt den Typhus A dar) zu prüfen. Im übrigen verwirft K. die Benennung der Krankheit als „Typhoid“, mit welchem Namen in vielen Ländern der Typhus abdominalis bezeichnet werde. D. m. W. p. 311.

In einem von G. Ascoli mitgeteilten Fall ergab klinische Beobachtung und Sektionsbefund die Diagnose Typhus, die Kultur aus Blut und Milz aber ein dem echten Typhusbazillus ähnliches Stäbchen. Das Blutserum dieses Patienten vermochte jedoch echte Typhusbazillen nicht zu agglutinieren, dagegen agglutinierte es noch bei 400 facher Verdünnung die aus Blut und Milz des Patienten gezüchteten Bazillen und ebenso Kolibazillen. Es liegt also nach Schottmüller Paratyphus vor. Nach Ansicht von Ascoli kann es sich aber auch um eine Varietät des echten Typhusbazillus handeln, da bei ganz sicherem Vorliegen des letzteren die Gruber-Widalsche Reaktion zuweilen negativ ist, dagegen Kolibazillen agglutiniert werden. Z. f. kl. M. 48. Bd. 6 H.

Nach Gütig besteht nicht nur bei Typhus, sondern auch bei Paratyphus Hypoleukocytose und relative Vermehrung des Lymphocyten, oft bis zur Hälfte aller weissen Zellen, sowie Verminderung der Eosinophilen. Bei abortiv verlaufenden echten Typhusfällen fehlen die charakteristischen Blutveränderungen fast immer. Prag. m. W. N. 20.

Atypische Typhen sind nach C. A. Ewald jetzt viel häufiger als früher. Das ist zurückzuführen auf den Nachlass in der Intensität der Erkrankung (wie sie bei allen Infektionskrankheiten beobachtet wird). Dadurch wird die schnelle und sichere Erkennung des Typhus erschwert und weder die altbekannten semiologischen Zeichen, noch die Hilfsmittel der modernen Methoden: die Diazoreaktion und die Gruber-Widalsche Agglutination, noch die Untersuchung der Faeces, der Roseolen, des Milz-

bluts und Harns bringen in der ersten Zeit der Erkrankung Sicherheit. Das alte Dogma, dass der Temperaturanstieg zu Anfang einen staffelförmigen Charakter hat, dann in eine Febris continua mit nur geringen morgenlichen Remissionen übergeht, und schliesslich mit einem Stadium starker morgenlicher und abendlicher Schwankungen sich der Norm nähert, besteht nach E.'s Erfahrung nur noch in den wenigsten Fällen zu Recht.

Ausser Abweichungen von dem Temperaturschema zeigen die atypischen Typhen keineswegs regelmässig die typischen Erbsbreistühle, sondern oft braune, breiige oder geformte Stühle. Nicht selten besteht anhaltende Obstipation. Ewald sah auch Fälle, in welchen nervöse Erregungszustände das Krankheitsbild völlig beherrschten und Milztumor, Roseolen, Diazoreaktion, charakteristischer Stuhl und Fiebercurve fehlten, endlich solche, in denen das Exanthem nicht unter dem Bilde der Roseola, sondern eines Pemphigus oder eines Herpes labialis auftrat. B. kl. W. p. 73 und 101.

Dass der bisher für nicht menschenpathogen angesehene Löfflersche Mäusetyphusbazillus für Menschen doch pathogen ist, hat R. Trommsdorf nachgewiesen. Er isolierte aus dem Stuhl von Personen, welche nach Auslegen des in Milch gezüchteten Mäusetyphusbazillus mit Erbrechen und Durchfällen erkrankt waren (einer starb), Bazillen, welche sich mit Löfflers Mäusetyphus als völlig identisch erwiesen. M. m. W. p. 2092.

Die Gefahr der Uebertragung des Typhus abdominalis von Kranken auf das Pflegepersonal ist nach Erfahrungen von R. Sievers nicht so unbeträchtlich, wie Ziemssen und Curschmann annehmen, welche ihre Typhuskranken nicht isolieren. Sievers sah im Maria-Krankenhaus in Helsingfors, in welchem Typhuskranke nicht isoliert werden, trotz aller Vorsicht in den letzten sieben Jahren 16 Typhusfälle bei dem Pflegepersonal auf-

treten. Finska Läkar. Handlingar. Okt. 02. Ref. M. m. W. p. 180.

Aus Versuchen von C. Bruck ergibt sich, dass durch Butter Typhusübertragung erfolgen kann und dass wohl manche Typhusfälle, deren Quelle durchaus nicht aufzufinden war, auf die Butter zurückzuführen sind. D. m. W. p. 461.

Nach Th. v. Zenser sind Varicellen nicht eine ausschliessliche Kinderkrankheit, denn nach einer Statistik des Wiener Stadtphysikats wurden von 1891—1900 29 250 Personen an Varicellen behandelt, darunter 180 20—40 Jahre und 22 40—65 Jahre alt. W. m. W. N. 3.

Zur Färbung der Blutelemente und der Blutparasiten empfiehlt Kuhn die Methode von Giemsa-Michaelis, welche eine Verbesserung der Romanowsky'schen Färbung darstellt. Giemsa färbt mit einer Mischung von 0,8 pro mill. Lösung von Azurchlorhydrat und 0,05 pro mill. Lösung von Eosin im Verhältnis von 1 : 10. Die 20 Min. in absol. Alkohol gehärteten Deckgläschen werden umgekehrt in Glasklötzchen gelegt und 1/4 bis 1/2 Stunde in der Mischung gelassen. Die Präparate sind sauber und klar; etwaige Niederschläge lassen sich im scharfen Wasserstrahl leicht entfernen. Die Farbmischung muss frisch bereitet werden, da sie nach 24 Stunden ihre Färbkraft verliert. Die Vorzüge der Färbung liegen im sichern Gelingen, bequemer Anwendung, Klarheit, Sauberkeit und Schönheit der Bilder. Als Azur 2 hat Giemsa eine auch Methylenblau enthaltende Mischung angegeben, welche alles sichtbar macht, was die Triacidfärbung zeigt und zudem noch Blutparasiten, z. B. Malariaparasiten. B. kl. W. p. 746.

Bei Sektionen führt Simmonds konsequent bakteriologische Blutuntersuchungen aus; das Blut entnimmt er, ehe die grossen Halsgefässe geöffnet sind, dem rechten Herzventrikel.

Wenn die Leichen nicht älter als 36—40 Stunden und trocken und kühl aufbewahrt sind, ist die Befürchtung Canons, dass Bakterien aus Lunge und Darm in das Herz einwandern, grundlos. S. hat bis jetzt 1200 Leichen bakteriologisch untersucht. Die Untersuchung der Bakterien in den Blutplatten ist durch das charakteristische Verhalten der Keime leicht, wenn die Keime nicht zu eng liegen, in welchem Falle Streptokokken neben Pneumokokken, oft übersehen werden. Unter 1200 Fällen fand S. das Leichenblut des Herzens nur 625 mal steril, dagegen bei 575 = 48 Prozent Bakterien und zwar allein (ohne zweiten Mikroorganismus) 338 mal Strepto-, 99 mal Pneumokokken, 78 mal Kolibazillen, 29 mal Staphylokokken, 3 mal Typhusbazillen, 1 mal Pseudodiphtheriebazillen; ferner Streptokokken zehnmal vereint mit Kolibazillen, 4mal mit Staphylokokken, 3mal mit Typhusbazillen, 1mal mit Anthraxbazillen, 1 mal mit Koli und Staphylokokken und 2mal mit Pneumokokken mit Kolibazillen. Überwiegend fand sich also nur eine Bakterienart im Blute. Erkrankungen, bei welchen das Blut regelmässig steril gefunden wurde, waren vorzugsweise unkomplizierte akute Tuberkulosen, Polyarthritis, verrukthöse Endocarditis, chronische Herz-, Gefäss- und Nierenkrankheiten. Ausnahmslos steril war das Blut Neugeborener. Fränkel, welcher Simmonds Resultate bestätigt, zieht auch die Knochenmarksuntersuchung auf Bakterien heran; bei infektiösen Allgemeinerkrankungen vermisst man die Bakterien oft im Blute und findet sie nur im Knochenmark. M. m. W. p. 2275.

Zur mikroskopischen Untersuchung frischer Gewebe empfiehlt E. Neuhaus Anfertigung von Gefrierschnitten unter Anwendung von Aethylchlorid, welches auch im Sommer die Gewebestücke in 1—2 Minuten zur Gefrierung bringt, und Entfernung der störenden Luftblasen durch erwärmten Alkohol. Die Präparate werden in bis zu 2 ccm dicken Stücken auf den Gefriertisch gebracht und mittelst Spray von Aethylchlorid erhärtet, dann

in NaCllösung gelegen. Darauf gelangen sie in üblicher Weise in Spiritus oder direkt in Farblösung. Die gefärbten u. ausgewaschenen Präparate werden, je 2—3 gleichzeitig, in Alkohol entwässert, den man leicht erwärmt, wobei, ev. nach leichter Erschütterung auf untergelegter Präpariernadel, die Luftblasen rasch verschwinden. D. m. W. p. 369.

Zur Schnellhärtung und Schnelleinbettung von Geweben für mikroskopische Präparate hat C. Gutmann die Lubarsch'sche Methode sehr bewährt gefunden, für welche Schmorl folgende Anweisung gibt: Man verfährt in der Weise, dass man die betr. Präparate, welche nicht zu gross, insbesondere aber 1—3 mm dünn sein müssen, auf $^1/_2$—$^3/_4$ Stunden in absoluten Alkohol bringt, den man mindestens zweimal wechselt (am besten auf Watte gelegt, um dem Alkohol von allen Seiten Zutritt zu gewähren). Hierauf werden die Stücke in ein gut verschliessbares Schälchen mit gewöhnlichem Anilinöl gebracht und verbleiben daselbst $^1/_2$—1 Std. bei einer Temperatur von 50—55° C. (im Parafinöfchen). Nun kommen sie auf $^1/_2$—1 Stunde in Xylol, welches so oft zu wechseln ist, bis keine Gelbfärbung mehr eintritt (2—3 mal). Hieran schliesst sich Uebertragen in geschmolzenes Paraffin, das einmal gewechselt wird. Nach $^1/_2$—1 $^1/_2$ Stunden können die Präparate eingeschmolzen werden. Die Länge des Verbleibens der Präparate in den verschiedenen Flüssigkeiten richtet sich nach der Stärke derselben. G. erzielte mit der Methode auch gute Färbung der roten Blutkörperchen, wenn er die Objekte zunächst 1—2 Stunden oder länger in 10 proz. Formalinlösung einlegte, von dieser, ohne abzuspülen, in Alkohol absol. überträgt und dann, wie oben angegeben, weiter behandelt. In so vorbehandeltem Präparate färben sich die roten Blutkörperchen mit Eosin leuchtend rot. D. m. W. p. 740.

Für Schnellhärtung und Schnelleinbettung 1—3 mm dicker Gewebestückchen empfiehlt A. Stein die „Lubarschsche Methode". Dieselbe besteht in:

1. Einlegen in 10 proz. Formalin — 5 Min.
2. Uebertragen in 95 proz. Alkohol — 5 Min.
3. Uebertragen in absol. Alkohol — 10 Min. (einmal wechseln).
4. Uebertragen in Anilinöl, bis zur vollkommenen Durchsichtigkeit — 15—20 Min.
   1—4 im Brutschrank bei 50—52°, dann 5 und 6 bei 58—60°.
5. Xylol, 2—3 mal wechseln, ca. 15 Min.
6. Paraffin — 10—30 Min. je nach Grösse der Stücke. D. m. W. p. 806.

Lubarsch benutzt seine Methode der Schnellhärtung und Schnelleinbettung 1. zur rascheren Diagnose des durch chirurgische Eingriffe gewonnenen Materials und 2. für die mikroskopische Demonstration beim pathologisch-anatomischen Demonstrationskursus. D. m. W. p. 896.

Für schnelle mikroskopische Untersuchung von Gewebeschnitten empfiehlt M. Behr die Pick sche Methode, mittelst welcher man nach ³/₄ Stunden ein fertig gefärbtes Präparat unter dem Mikroskop betrachten kann. Die Härtung erfolgt erst nach Anfertigung der Schnitte mittelst Gefriermikrotoms durch 10 proz. Formalinlösung, welche man 10 Minuten auf die Schnitte einwirken lässt, dann durch 10 proz. Alkohol 15 Minuten. Alsdann können die Schnitte gefärbt werden. M. m. W. p. 2256.

Für die klinische Mikroskopie, insbesondere für Untersuchungen von Blut, Sputum und Faeces, sowie des Prostatasekrets, der Spermatozoen und Harnsedimente empfiehlt C. Posner die Fixation der Objekte in noch feuchtem Zustand durch Einwirkung von Osmiumdämpfen etwa 40 Sek. lang. Man bringt einige Krystalle (1 g Osmiumsäure kostet 7,5 Mk., reicht aber in dieser Form enorm lange, während Lösungen bald ihre Kraft einbüssen) auf den Boden einer dunkeln weithalsigen Flasche, legt über

die Oeffnung nach Fortnahme des Glasstopfens den mit der zu untersuchenden Flüssigkeit bestrichenen noch feuchten Objektträger (bez. Deckglas) und beschwert ihn mit dem Stopfen, wodurch man gleichzeitig Lichtabschluss erzielt. Die osmierten Präparate lässt man lufttrocken werden und färbt unmittelbar mit Anilinfarben, vorherige Anwendung von Wasserstoffsuperoxyd und selbst Abspülen mit Wasser ist entbehrlich. Die Zeit zur Herstellung eines Präparates beträgt 3—4 Minuten. Die Präparate sind sehr klar gefärbt. B. kl. W. p. 741.

Zum Mikroskopieren bei künstlicher Beleuchtung oder blendendem Tageslicht empfiehlt T. Sato Auflegen kleiner Scheiben von farbigem Gelatinepapier auf die Irisblende. Am besten wählt man solche, welche in der Komplementärfarbe des Präparates gefärbt sind, z. B. für Safraninpräparate grün, für Methylenblaupräparate rot und gelb oder orange. (Gelatinepapier ist auch für viele Präparate ein brauchbarer Ersatz für Deckgläser. M. m. W. p. 327.

Vergiftungen.

Eine Acetonvergiftung beobachtete Cossmann bei einem 12 jährigem Knaben, welchem wegen einer tuberkulösen Hüftgelenkentzündung ein Zelluloidmullverband angelegt worden war. Etwa 4 Stunden später: tiefes Koma, weite, nicht reagierende Pupillen, kaum fühlbarer Puls, kühle Hände und Füsse, aussetzende geräuschvolle Atmung. Unter künstlicher Atmung, Einwickeln in heisse Priessnitzumschläge und Infusionen von Kochsalzlösungen verloren sich die bedrohlichen Erscheinungen in 24 Stunden. M. m. W. p. 1556.

Ein seltenes Symptom der Arsenvergiftung sah Samberger bei einem Tuberkulösen, welcher früher Arsen ohne Schaden genommen hatte, nach subkutaner Injektion von 0,015 g Arsen binnen 9

Tagen: Suffusionen um die Injektionsstelle und stecknadelkopfgrosse Petechinen am ganzen Körper ohne Störung des Allgemeinbefindens, welche nach sieben Tagen wieder verschwanden. Lit.-Beilage der D. m. W. p. 115.

Als sehr lästige Nebenwirkung sah Otto bei einem kräftigen Manne nach Einnehmen von 1 g Aspirin und derselben Dose nach 6 Stunden (wegen Muskelschmerzen) ein dunkelrotes fleckiges Exanthem über den ganzen Körper mit Angstgefühl, Schwindel, unstillbarem Durst, Erbrechen. Die Temperatur war normal, die Pulszahl wenig gesteigert, der Urin nur gering eiweisshaltig. Binnen 24 Stunden waren die lästigen Erscheinungen im wesentlichen beseitigt. D. m. W. p. 123.

Vergiftungserscheinungen an sich selbst beobachtete Franke 15 Minuten nach Einnehmen von 1 g Aspirin. Dieselben bestanden in Schwellung der linken Oberlippe, Schluckbeschwerden, beschleunigter Atmung und Herztätigkeit (bis 160 Pulse). Die Temperatur wurde nicht gemessen; F. glaubt aber, dass dieselbe beträchtlich erhöht gewesen sei. Nach 20 Minuten begannen die Erscheinungen zurückzugehen. M. m. W. p. 1299.

Auch Winckelmann hat (wie Hirschberg, Otto und Meyer) unangenehme Nebenwirkungen des Aspirin (Original-A. von Bayer-Elberfeld) bei einem 28 jährigen Manne, bestehend in einem nicht juckenden, linsengrossen Exanthem, welches nach 36 Stunden wieder schwand, beobachtet.

Eine schwere Belladonnavergiftung beobachtete G. R. Livingstone einige Stunden nach Auflegen eines Belladonnapflasters auf den Rücken; das schnelle und intensive Auftreten von Vergiftungserscheinungen erklärt sich durch Vorhandensein von Hautwunden auf der Rückenhaut. B. m. J. 16. Mai.

Eine tödliche Benzinvergiftung beobachtete Razine bei einem zweijährigen Kinde nach Genuss von 10—15 g Benzin. Die Erscheinungen waren Bewusstlosigkeit, starre, weite Pupillen, kalte Haut, cyanotisches Gesicht, frequente Atmung und kleiner, jagender Puls. Die Sektion ergab den bei Kohlenoxydvergiftungen gewohnten Befund. Vjschr. f. ger. M. 22. Bd. 1. H.

Bleikolik hat Apert wiederholt bei Perlenarbeitern beobachtet, bei welchen das Vorkommen der Bleivergiftung bisher nicht bekannt war, und deshalb wiederholt fälschlicherweise Appendicitis diagnostiziert wurde. Es sind Arbeiter, welche feine Perlen in Gold zu fassen haben, wobei zwischen Gold und Perlen eine feine Schicht aus Bleiweiss und Gummi arab. zu liegen kommt, von welcher die Arbeiter oft den überquellenden Ueberschuss mit der Zunge weglecken.

Die Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen Bleikolik und Appendicitis wurde in der Société médicinale des Hopitaux zu Paris von Apert und von Florand hervorgehoben. Letzterer berichtete über eine Malerin, welche wegen Appendicitis operiert wurde, aber einen ganz gesunden Wurmfortsatz hatte. Bei einem neuen Anfall einige Zeit später wurde die Diagnose auf Bleikolik gestellt und durch einen Bleisaum an den Zähnen bestätigt. Vereinsbeilage der D. m. W. p. 142.

Eine schwere Bromoformvergiftung eines dreijährigen Kindes nach Genuss von 2 ccm Bromoform beobachtete W. Jessen. Das Kind verfiel in einen todähnlichen Schlaf, 9 Stunden andauernd; erst nach 20 Stunden war das Kind völlig munter. Nach 24 Stunden roch die Atmungsluft noch deutlich nach Bromoform, welches im eiweissfreien Urin nicht nachweissbar war. Th. M. p. 435.

Bei Verbrennung von Celluloid entwickelt sich nach Kockel Blausäure. K. sah nach Ein-

atmung der Verbrennungsprodukte von Celluloid bei 6 Personen den Tod auftreten; er vermutet, dass auch der Tod nach Einatmung von Minengasen auf Blausäure beruht, welche bei Verbrennung der Schiessbaumwolle entstehe. Vjschr. f. ger. M. N. 3.

Ein von Kornfeld mitgeteilter Fall tödlicher Vergiftung mit Citronensäure veranlasste Kionka zu Versuchen, welche ergaben, dass innerliche Einführung einer 20 proz. Lösung auf der Magen- und Duodenumschleimhaut hämorrhagische Entzündung ohne Schleimhautverlust hervorruft. Während Essigsäure aber schon in 30 proz. Lösung starke keratolytische Eigenschaft besitzt, fehlt eine solche selbst der gesättigten Zitronensäurelösung, welche weder Mundschleimhaut noch Augenbindehaut des Kaninchens verletzt. Ae. Sachv. Z. N. 1.

Eine tödliche Vergiftung mit Colchicin beobachteten Luffet und Trastour. Der an Gicht leidende Patient hatte statt 2 mg 3 mg Colchicin genommen. Die Krankheitserscheinungen bestanden in Blutbrechen und -harnen, Ecchimosen der äusseren Haut, blutenden Ulzerationen um den Anus, hochgradiger Schwellung des Ellbogengelenks. Die Autopsie ergab hochgradige Hyperaemie aller innern Organe und atrophische Cirrhose beider Nieren. Soc. méd. des hôp. — M. m. W. p. 585.

Absichtliche Selbstvergiftung mit Digitalis, wie sie in den letzten Jahrzehnten im rheinisch-westfälischen Industriebezirk mehrfach beobachtet worden ist, erkennt man nach Focke am besten aus dem Zusammentreffen von drei klinischen Symptomengruppen: Magen-, Herz- und Sehstörung. Wenn jemand, ohne Trübung des lichtbrechenden Apparats zu zeigen, über ungewöhnliche Sehstörungen: Gelb-, Grün-, Nebelsehen, Funkeln oder Flimmern vor den Augen klagt und dabei zeitweilige Uebelkeit und unregelmässige Verlangsamung des Pulses im Liegen neben Beschleunigung nach geringen Bewegungen mit Beklemmung und subjektiv wie objektiv deut-

lichem Herzklopfen zeigt, so hat er höchstwahrscheinlich ein Digitalispräparat im Uebermass gebraucht. — Findet man ein verdächtiges Medikament (Pillen), so gebe man die grössere Hälfte zur chemischen Untersuchung, den Rest prüfe man mit dem Mikroskop und durch den auschlaggebenden Versuch an Fröschen. D. mil.-ärzt. Z. p. 655.

Bei einer Massenvergiftung durch Kartoffelsalat fand Dieudonné in demselben den Proteus vulgaris. D. erklärt es für wahrscheinlich, dass durch Kartoffelsalat hervorgerufene Massenerkrankungen oft auf Proteusinfektion beruhen und nicht immer Solaninvergiftungen sind. M. m. W. p. 2282.

Nach Genuss von Kornkaffee, geröstetem Korn, erkrankten fünf Kinder einer Familie im Alter von 9 Monaten bis 11 Jahren, von denen das jüngste unter Fieber, Krämpfen, Durchfall und Unruhe starb, sowie die Mutter, wie Weissmann berichtet, welcher die Schädlichkeit auf Beimengung von Kornrade, Agrostemma Githago zurückführt. D. m. W. Nr. 1.

Zu kriminellen Vergiftungen werden Kupfersalze selten gebraucht, auch nicht allzuhäufig zum Selbstmord. Drei von letzteren Fällen berichtet von Horoszkiewicz. In dem ersten tödlichen Fall fehlte jeder anatomische Befund, da das Gift bald wieder erbrochen wurde; in dem zweiten und dritten Fall hatte der Mageninhalt blaue bez. grünliche Färbung und es bestanden Aetzungen der Magenschleimhaut. Vjschr. f. ger. M. u. öff. G. W. 25: Bd:

Lysol hat sich als ein keineswegs so unschuldiges Mittel herausgestellt, wie früher behauptet wurde. Es liegen in der Literatur bereits 37 Vergiftungsfälle vor. Neuerdings wird Lysol vielfach zum Selbstmord benutzt, so auch in vier von K. Liepelt mitgeteilten Fällen, welche sämtlich genasen, einer nach Genuss einer als bisher als tödlich

angesehenen Dose: 100 g käuflichen Lysols. Von den 41 Fällen entstanden 11 bei äusserer Anwendung (4 tödlich), 30 bei innerer (13 tödlich). Von den 17 genesenen Fällen wurde bei 15 Magenausspülung gemacht. B. kl. W. p. 567.

Dass von Vergiftungen mit Lysol, welches in der Geburtshilfe ausgedehnte Anwendung findet, nicht öfter die Rede ist, führt F. Hammer darauf zurück, dass die Befunde nach Symptomenkomplex und Organveränderungen schwer zu deuten sind. Bei Uterusspülung, bei Placenta praevia, sah H. nie andere Zeichen als solche, welche sich auch aus der Anämie erklären lassen.

„Die Lysolvergiftung" hat Kayser in einer besonderen Abhandlung (Berlin, Wernicke & Co.) im Anschluss an zwei selbsterlebte Fälle, in welchen trotz der enormen Dose von je 100 g das Leben erhalten blieb, behandelt unter Anfügung von 36 in der Literatur bekannten Fällen. In K.s Fällen bestand lokale Aetzung, andauerndes Koma, Cyanose, Atemnot, Herzschwäche, beginnendes Lungenödem und Nierenentzündung.

Unangenehme Nebenwirkungen des bei Behandlung von Gelenk- und Muskelrheumatismus viel gebrauchten Mesotan sah Aronsohn des öftern, auch schon nach äusserer Anwendung geringerer Mengen, bestehend in lästigem Ekzem mit bedeutenden subjektiven Beschwerden. D. m. W. p. 807.

Nach Einlegen eines halberbsengrossen mit Nebennierenextrakt getränkten Wattebäuschchens in den mittleren Nasengang trat, wie A. Rosenberg berichtet, bei einem 20 jährigen Mädchen eine Urticaria auf, welche binnen 24 Stunden wieder verschwand. B. kl. W. p. 939.

Nach Gebrauch von Pyramidon sah C. Reitter wiederholt ein ausgebreitetes Exanthem auftreten. Bei einer Patientin zeigten sich an den Streckseiten der Vorderarme, an den Handrücken und am Knie grosse,

rote, etwas erhabene Flecke und an deren Rand stecknadelkopfgrosse Knötchen. Das Exanthem blasste nach einigen Tagen unter leichter Abschuppung ab, kehrte aber bei Darreichung von 0,5 g Pyramidon sofort wieder. Der histologische Befund stimmte mit dem von Mibelli beim Antipyrinexanthem festgestellten überein. M. m. W. p. 140.

Von Salipyrin hat Dumstrey, welcher es bisher mit gutem Erfolg bei Gelenkrheumatismus verordnete, in drei Fällen und zwar bei zwei Erwachsenen nach je 3 g und bei einem 14 jährigen Mädchen nach 0,5 g Salipyrin sehr unangenehme Erscheinungen: höchste Aufregung, Herzklopfen, Atemnot, starke Rötung der Haut, kolossales Transpirieren und stark erweiterte Pupillen beobachtet. D. erklärt das Salipyrin für ein ganz unberechenbares Remedium und fordert eine Maximaldosis für dasselbe. D. m. W. p. 786.

Eine schwere, aber in Genesung ausgehende Salmiakgeistvergiftung sah Reckzeh bei einer Frau, welche aus Versehen einen Schluck Salmiakgeistlösung mit fast 7 Proz. freien Ammoniaks, welche in einer Bierflasche aufbewahrt wurde, getrunken hatte. Ausser den Zeichen der Verätzung im Munde, Rachen, Oesophagus und Magen standen bei der Patientin zwei Symptome im Vordergrund: Erbrechen und sehr starker Speichelfluss. Die Prognose ist in jedem Fall eine ernste, nach v. Jaksch bei Vergiftung per os ungünstiger als beim Einatmen von Ammoniakdämpfen. Nach Hirsemann ist schneller Tod häufig und meist durch Perforationsperitonitis bedingt. Im allgemeinen stirbt jeder zweite Fall. M. m. W. p. 373.

Eine toxische Gastritis und Pylorusstenose beobachtete Robin bei einem Patienten, welcher ein Becherglas 47 proz. Salpetersäure getrunken hatte. Auftretende Magendilatation und Ulzeration der Magenschleimhaut infolge Pylorusstenose machte eine Gastroenterostomie nötig, welche normale Moti-

lität herbeiführte. Die freie Salzsäure fehlte im Mageninhalt dauernd. W. m. W. Nr. 22.

Eine Schmierseifenverätzung beschreibt Most, welche er bei einer 61 jährigen Frau sah, die, veranlasst durch das Jucken eines durch Pediculi entstandenen Ekzems, auf jeden Oberarm ca. 15 Min. lang Stücke Schmierseife aufgelegt hatte: oberhalb beider Ellenbogengelenke fanden sich handtellergrosse Stellen, an welchen die Haut brandig geworden war. Oberflächliche Continuitätstrennungen der Haut begünstigen die Aetzwirkung der Schmierseife. D. m. W. p. 129.

Einen Fall von tödlicher Polyneuritis nach Gebrauch von je 10 g Sulfonal, 5 Tage lang, beobachtete Erbslöh bei einer 40 jährigen an Portiokarzinom leidenden, durch Blutverluste geschwächten Frau. D. Z. f. Nervenkr. 23. Bd.

Einen tödlichen Fall von kroupöser Pneumonie nach Einatmung von Schwefeldämpfen beim Hopfendarren beobachtete Weigel. Der starke Reiz — Patient bekam sofort heftigen Husten und Blutungen aus Mund und Nase — schuf zweifellos günstige Bedingungen für Eindringen und Vermehrung pathogener Keime. Die Seltenheit ernsterer Lungenerkrankungen nach Einatmung von SO_2 erklärt W. dadurch, dass schon bei Einatmung geringer Mengen die Reizerscheinungen so stark sind, dass sich die betr. Personen der Einwirkung der Dämpfe schleunigst entziehen. M. m. W. p. 1236.

Th. Oliver berichtet von 4 tödlichen Vergiftungen durch Einatmen von Schwefelwasserstoff. Die Opfer waren Arbeiter, welche in einem tiefen Schachte arbeiteten, in welchem aus einer chemischen Fabrik stark alkalische Abfallstoffe abgelagert waren, die von Wasser bedeckt waren. Häuser dürfen nicht über oder nahe von Abfallhaufen errichtet werden, wie ein von O. berichteter Fall lehrt: in einem auf Eisenschlacken errichteten Hause

starben in einer heftigen Regennacht 6 Personen infolge Schwefelwasserstoffvergiftung. Lancet. 24. Jan.

Eine akute Trionalvergiftung nach Aufnahme von 8 g Trional beobachteten Wigthwick und Bolleston bei einer 29 jährigen Frau; dieselbe verlor das Bewusstsein und erbrach. Anfangs bestand grosse Herzschwäche; der Patellarreflex fehlte. Der Urin zeigte keine abnormen Bestandteile. Lancet. 18. April.

III. Allgemeine Untersuchungsmethoden. Allgemeinzustand. Ernährung. Körpertemperatur.

Eulenburg, Kolle und Weintraud: Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden und ihre Anwendung auf die spezielle ärztliche Diagnostik. Wien, Urban & Schwarzenberg.

Das im Erscheinen begriffene Werk wird zwei Bände umfassen, deren erster die methodische Diagnostik enthält, während der zweite die Untersuchung der einzelnen Organe und Organsysteme abhandelt. Der erste Band zerfällt in fünf Abschnitte (chemische, mikroskopische, bakteriologische, physikalische Untersuchungsmethoden, Perkussion und Auskultation), der zweite in vierzehn Abschnitte, deren Bearbeitung bewährten Fachmännern übertragen wurde.

A. Lessers stereoskopischer gerichtsärztlicher Atlas. (Breslau, Schottlaender, dessen erste Abteilung auf 50 Tafeln die Verletzungen der äusseren Haut, des Schädels und Gehirns mittels schneidender und stumpfer Werkzeuge sowie Schusswaffen und als differentialdiagnostisch in Betracht kommende Objekte, spontane Apoplexieen, Blutung aus Aneurysmen und hämorrhagische Bulbärmyelitis und fernerhin Verletzungen der Wirbelsäule und des Rückenmarks zur Darstellung bringt, darf als wichtiges Belehrungsmittel hier nicht unerwähnt bleiben.

Ein neues Plessimeter empfiehlt A. Buchwald. Es ist keilförmig, 5 cm lang, massiv, oben 2, unten 1 cm breit; die Flächen sind abgerundet. Die Seitenflächen sind gleichfalls 2 cm breit. Die Flächen besitzen zwei halbkugelförmige Vorsprünge, welche des leichteren Anfassens wegen von Riefen umgeben sind, das Plessimeter eignet sich für breitere und lineare Perkussion (im Med. Warenhaus in Berlin in Holz 1 M., in Elfenbein 3,50 M.). M. m. W. p. 91.

Ueber alle Fragen der Röntgendiagnostik gibt das „Handbuch der Röntgenlehre‘ von H. Gocht 2. Aufl. Stuttgart, Enke, (406 S. 10 M.) sichere Auskunft.

Das Röntgenverfahren ist nach Levy-Dorn indiziert:

bei Untersuchung auf Fremdkörper von höherem Atomgewicht (Metall, Glas etc.);

bei Verdacht auf Bruch oder Luxation, wenn Schmerzen die gewöhnliche Untersuchungsmethode verbieten, grosse Schwellung, Bluterguss und Dicke der Weichteile die Palpation sehr behindert und wenn es sich um Knochen handelt, wie Fibula, Carpus, Tarsus, bei welchen Frakturen leicht übersehen werden;

wenn ein Bruch zweifellos besteht, aber über die Lage der Fragmente Unklarheit besteht;

bei allen Knochenaffektionen;

bei Verdacht auf Herzaffektionen, wenn genügend klare Symptome fehlen;

bei Mediastinaltumoren oder Aortenaneurysmen;

zur Erkennung einseitiger Zwerchfellaffektionen;

bei Verdacht auf ein Lungenleiden, wenn die übrigen physikalischen Untersuchungsmethoden negative oder unzureichende Ergebnisse liefern;

bei Verdacht auf Nierensteine;

zur Bestimmung der untern Magengrenze bei Fettleibigen (nach Eingiessen von Wismuth-Emulsion.)

Das Röntgenverfahren kann ferner notwendig werden zur Fixierung eines Status für ein Gutachten und um besorgte Patienten zu beruhigen. B. kl. W. p. 274.

Für die Röntgenphotographie empfiehlt Kronecker anstelle des teuern umständlichen Plattenverfahrens die Anwendung eines Bromsilberpapiers von Stolze in Westend-Charlottenburg (Marke M), welches ausserordentlich feinkörnig und sehr empfindlich ist. Gegen das Plattenverfahren hat das Bromsilberverfahren den Vorzug, dass es nur den vierten Teil kostet und das Bild binnen einer halben Stunde für den Arzt bez. Patienten fertig ist. B. kl. W. p. 475.

In Lebensversicherungen können nach Lereboullet Leute, welche einmal von Gicht befallen waren oder Prädisposition dazu haben, sehr wohl, wenn auch gegen erhöhte Prämie, aufgenommen werden, wenn sie über 35 Jahre und frei von visceralen Läsionen sind und eine vernünftige diätetisch-hygienische Lebensweise führen. Auszuschliessen aber sind alle, bei denen die Gicht progredienten Charakter zeigt und wo an Gefässen, Herz oder Nieren konsekutive Veränderungen bestehen. 3. intern. Kongr. der Versicherungsärzte. — Vereinsbeilage der D. m. W. p. 206.

Fettleibigkeit als Faktor der Lebensversicherung betrachtet R. Norton. Fettleibige geben stets ein erhöhtes Risiko ab, doch sind in jedem Falle die besonderen Verhältnisse genau inbetracht zu ziehen. Auszuschliessen sind Fettleibige infolge chronischer Alkoholintoxikation. 3. intern. Kongr. f. Versicherungsärzte. — Vereinsbeilage der D. m. W. p. 208.

Für Tuberkulose sind nach K. Snellen bei Anträgen auf Lebensversicherungen folgende Punkte besonders zu beachten: die Maasse der Taille

und des Brustumfangs, das Gewicht. Der Brustumfang soll während der Atempause gemessen werden. 3. intern. Kongr. der Versicherungsärzte. — Vereinsbeilage der D. m. W. p. 207.

Personen, die an Tuberkulose der Knochen und Gelenke gelitten und sich einer chirurgischen Behandlung unterzogen haben, welche in ausgedehnter Exzision der Krankheitsherde bestand, können nach E. Poëls unter besonderen Bedingungen aufgenommen werden. ibid.

Merkens verficht die Ansicht, dass mikroskopisch und klinisch gutartige Geschwülste sich zu mikroskopisch und klinisch bösartigen entwickeln können. D. m. W. p. 359.

Fettige Degeneration beruht nach Ribbert nur in geringem Umfang auf Hervortreten vorher vorhandenen Fetts; sie ist vielmehr stets der Hauptsache nach eine Infiltration von Fett in geschädigte Zellen. Es gibt zwei Zustände, unter denen Fett in den Zellen auftritt; beide bedeuten eine Infiltration. Aber der eine ist Aufspeicherung von Fett in die normalen Zellen des Fettgewebes, der andere Einlagerung von Fett in kranke Zellen: dieser Vorgang entspricht dem Begriff der fettigen Degeneration. D. m. W. p. 793.

Das spezifische Körpergewicht des lebenden Menschen bestimmt J. Wengler dadurch, dass er den zu Untersuchenden in eine zylindrische Stehbadewanne von 57 cm Durchmesser ganz untertauchen lässt und durch eine Vorrichtung gleichmässiges Atmen unter dem Wasser herbeiführt. Von dem gefundenen Körpervolumen zieht er Lungenluft und Darmluft ab. M. m. W. p. 2094.

Ueber die Methoden der Temperaturmessung fällt E. Frank auf Grund jahrelanger Beobachtungen folgendes Urteil: Temperaturmessung in

der Achselhöhle ist zeitraubend und ergibt unsichere Werte, dagegen liefert eine 3 Minuten lange Mastdarmmessung eine zuverlässige Auskunft. Bei der Mastdarmmessung beginnt die übernormale Temperatur bei 37,5°. Th. M. Mai.

Den diagnostischen Wert des Pulses und der Temperatur nach pathologischen Geburten bespricht C. Daniel. Puls und Temperatur geben schon zu einer Zeit, wo Schüttelfrost, übelriechende Lochien, Empfindlichkeit des Bauches und peritonitische Reizungserscheinungen noch nicht aufgetreten sind, Anhaltspunkte für die genannten Erscheinungen. Bei infizierten Wunden der Vulvo-Perinaealgegend stellt sich gewöhnlich am dritten Tage eine Temperaturerhöhung ein, welche 38,3° selten überschreitet und am 7.—9. Tage wieder verschwindet. Parallel der Temperatur- geht die Puls-Kurve. Bei uteriner Infektion erfolgt Temperaturanstieg zwischen 3. und 7. Tag von 37,5 bis 38,5°, dann tritt Schüttelfrost ein und die Temperatur steigt rasch auf 40°, auf welcher Höhe die Temperatur unverändert oder mit Remissionen von 1—3° mehrere Tage eventl. Wochen bis zum Tode bleibt. In manchen Fällen geht die Temperatur evtl. auch ohne jede Behandlung in wenigen Tagen zur Norm zurück. Zuweilen tritt am 7. oder 8. Tage eine schmerzhafte Schwellung neben der Gebärmutter auf, während die Temperatur sinkt: das ist der Ausdruck der Lokalisierung der Infektion. Bei Vereiterung des Tumors steigt die Temperatur wieder; das kontinuierliche Fieber zeigt abendliche Steigerungen und fällt am 10.—12. Krankheitstage zur Norm ab. Bei uteriner Infektion geht die Höhe des Pulses meist mit der Temperatur parallel, in wenigen Fällen findet man bei relativ niedriger Temperatur hohe Pulszahlen. Nicht selten ist im Beginn die Pulsfrequenz aber erhöht, während die Temperatur noch normal ist. Sehr beschleunigten Puls beobachtet man auch bei andauernd normaler Temperatur 7—8 Tage lang nach grossen Blutverlusten. Entwickelung einer Phlebitis kündet sich durch

Temperatur- und Pulserhöhung schon einige Tage vor den Lokalerscheinungen an. Rev. prat. d'Obstétr. et de Paediatr. 26. Bd. p. 23.

Die Fühlbarkeit von Lymphdrüsen im Säuglingsalter kann nach Baer nicht für die Diagnose einer vorangegangenen Erkrankung unbedingt verwertet werden, da man geschwollene Lymphdrüsen nicht selten auch bei Neugeborenen findet. Jb. f. Kinderhk. 6. Bd. 6. H.

IV. Nasen-, Mund-, Schlundhöhle.

R. Kayser: Anleitung zur Diagnose und Therapie der Kehlkopf-, Nasen- und Ohrenkrankheiten. 2. Aufl. Berlin, J. Karger. 1903.

Den zahlreichen Mängeln der elektrischen Untersuchungslampen in der rhino-laryngologischen Praxis hilft V. Pick dadurch ab, dass er die Birne eines gewöhnlichen, 16 kerzigen Glühkörpers ringsum bis auf einen Kreis von 5 cm Durchmesser belegt. M. m. W. p. 1820.

Zur Besichtigung des Nasenrachenraumes und insbesondere der Mündung der Tuba Eustachii hat A. Valentin nach dem Prinzip des Cystoskops ein Salpingoskop gebaut, welches durch die Nase eingeführt wird. Sem. méd. Nr. 1.

In 20 von 23 Fällen Rhinitis atrophica fand Odery Symes auf der erkrankten Nasenschleimhaut Bazillen, welche nach Gestalt und Kulturerscheinungen den Löfflerschen Bazillen konform waren und in der Nase Gesunder nicht gefunden wurden. Für die Identität mit dem Löffler-Bazillus sprach auch die Wirksamkeit des Diphtherieheilserums. Br. m. J. 28. Febr.

Bei einer grösseren Zahl von Ozaena-Kranken fand Alexander im Nasensekret Bazillen, welche

sich ebenso färbten wie Tuberkelbazillen, d. h. als säure- und alkoholfest erwiesen, welche er aber doch aus drei Gründen nicht für Tuberkelbazillen hält:

1. Die Personen, bei welchen sich die Bazillen fanden, waren abgesehen von ihrer Ozaena vollkommen gesund. Husten, Auswurf, Abmagerung, Nachtschweisse fehlten. Die physikalische Lungenuntersuchung ergab ein negatives Resultat, doch hat A. die Patienten der Tuberkulin-Reaktion nicht unterworfen.
2. Die Bazillen fanden sich im Ozaenasekret dieser Patienten oft in so grosser Menge, wie man sie bei tuberkulösen Nasenerkrankungen zu sehen nicht gewohnt ist. Manche hatten die typische Form der Tuberkelbazillen, andere waren länger und dicker; sie lagen bald einzeln, bald in Nestern zu 30 und mehr. Man fand sie nicht im eitrig-flüssigen Sekret, sondern in gelbbraunen festhaftenden Krusten.
3. Bringt man derartige Krusten in sterile physiol. Kochsalzlösung und zerteilt sie, so findet man nach 24 Stunden bei Zimmertemperatur am Boden eine solche Masse säurefester Bazillen, dass man an eine Vermehrung derselben glauben muss. Die Anreicherung nimmt von Tag zu Tag zu, bis Fäulnis eintritt. Noch deutlicher ist die Vermehrung bei 20° in Bouillon.

Wenn man bedenkt, dass sich der Ozaenaprozess nicht auf die Nase beschränkt, sondern hinabsteigt in Pharynx, Larynx und Trachea und solche Patienten viel husten, so besteht die Möglichkeit, dass ein solches Sputum mit säurefesten Bazillen als tuberkelbazillenhaltig angesprochen wird. B. kl. W. p. 508.

Als Analogon zum Heufieber bezeichnet G. Rosenfeld den Platanenschnupfen, welcher durch die Haare an der Unterseite junger Platanenblätter hervorgerufen wird. Einen ähnlichen Schnupfen fand R. bei einer Dame bedingt durch die feinsten Federhaare eines Papageis, welche im Nasen- und Rachenschleim nachweisbar waren. B. kl. W. Nr. 9.

Beziehungen zwischen Diphtherie und Rhinitis atrophicans behauptet Symes. Er erklärt die Rhinitis atrophicans für eine chronische Nasendiphtherie, wofür auch die Ansteckungsfähigkeit und die Wirksamkeit des Diphtherie-Antitoxins, sowie die Anwesenheit von Diphtheriebazillen im Nasensekret spreche. Br. m. J. 28. Febr.

Einen seltenen Tumor der Nasenschleimhaut, ein Lymphangioma cavernosum der Nasenmuschel, bespricht Hamm. Die richtige Diagnose wurde nur durch die mikroskopische Untersuchung ermöglicht. M. m. W. p. 332.

Die Diagnose des Rhinoskleroms sicherte Pawlowsky in mehreren Fällen einmal durch die histologische Untersuchung der ausgeschnittenen oder ausgekratzten polypösen Gewächse, welche die Struktur eines Granuloms mit grossen Mikuliczschen Zellen, Hyalinkörpern und einer grossen Menge von Frischschen Bazillen bei der mikroskopischen Untersuchung erkennen liessen, sowie durch die Züchtung von Bazillen aus dem Gewebe, welche P. zusammen mit warmem Agar in die Bauchhöhle einiger Meerschweinchen injiziert. Nach 24 bis 48 Stunden starben die Tiere. Die bakterioskopische Untersuchung des Peritonealexsudats ergab Rhinosklerombazillen mit schönen Kapseln und in Kulturen, welche aus Herz, Blut, Leber, Nieren oder Knochenmark angelegt wurden, dieselben Bazillen. Die Bazillen der Ozaena, welche den Rhinosklerombazillen ähnlich sehen, sowie die Friedländerschen und andere Kapselbazillen rufen bei Intraperitonealeinspritzung mit Agar beim Meerschweinchen keine tödliche Infektion hervor. Zbl. f. Chir. p. 481.

Alle bisher in Deutschland beobachteten Sklerosefälle kommen nach Streit aus zwei Zentren: eins liegt in Masuren (Ostpreussen), das andere in Oberschlesien. Bei Sklerose empfiehlt S. Isolierung der Kranken in Anstalten nach Art des Lepraheims,

bez. im Anschluss an dasselbe. A. f. Laryng. u. Rhin. 14. Bd. 2. H.

Eine Stomacaceepidemie beobachtete J. Bierens de Haan im letzten Abschnitt des südafrikanischen Krieges sowohl bei den fechtenden Burentrupps, wie bei den mit ihnen in nahe Berührung kommenden Farmbewohnern und zwar überall da, wo Mangel an Kochsalz herrschte. Klinisch boten die vielen Hunderte von B. beobachteten Fälle dasselbe Bild: Im Prodromalstadium Klagen über Empfindlichkeit im Munde, dessen Schleimhaut leicht geschwollen war. Nach einigen Tagen entstanden runde oder unregelmässige, oberflächliche, leicht blutende Geschwüre mit gelbgrauem eitrigen Belag. Häufig konfluierten die Ulcera und nahmen einen grossen Teil des Gaumens und der Wangenschleimhaut ein. Auch das Zahnfleisch war häufig geschwollen. Fast stets bestand starker Foetor ex ore, Speichelfluss, Schwellung und Druckempfindlichkeit der Submaxillar-Lymphdrüsen, oft Temperaturerhöhung (bis 39°), Mangel an Appetit und Mattigkeit. — Skorbut und Dysenterie schliesst Vf. völlig aus. — Bei Mundausspülungen mit schwach antiseptischen Lösungen erfolgte fast stets binnen 10—14 Tagen Heilung. D. m. W. p. 122.

Unter „Mundhöhlengeräusch" (M. G.) versteht G. Fischer ein dem Arterienpuls synchrones, also herzsystolisches „Geräusch" im physikalisch-diagnostischen Sinn, welches man bei Auskultation der Mundhöhle vernimmt. Am ausgeprägtesten fand F. das M. G. bei einem 39 jährigen Brauer mit nervösen Beschwerden, als er zufällig sein Ohr in die Nähe des Mundes des Patienten brachte; er hörte ein fernes, rythmisches, schabendes Geräusch, welches am deutlichsten wurde, wenn er das Ohr unmittelbar vor den geöffneten Mund des Patienten hielt oder mit dem Hörrohr die geschlossenen Zähne desselben auskultierte. Bei offenem Mund war das Geräusch noch auf 25—30 cm Entfernung zu hören. Das scharf akzentuierte Geräusch,

dessen zeitliches Zusammenfallen mit dem Arterienpuls nachweisbar war, hatte bei geöffnetem Mund einen metallisch-amphorischen Beiklang. — An Gesunden hat F. das M. G. nie beobachtet; es kommt nur zustande bei Höhenstand des Aortenursprungs. Man kann aus seinem Auftreten weiter nichts schliessen, als dass dieser Stand zur Zeit des M. G. höher als normal ist. M. m. W. p. 821.

Als Todesursache eines völlig gesunden 8 Tage alten Kindes, welches post mortem Zeichen der Erstickung bot, nimmt Leubuscher Druck der vergrösserten Thymusdrüse auf die Tracheen bei Lagerung des Kindes mit hintenübergebeugtem Kopfe an. M. m. W. p. 986.

Vor Operationen sollte nach Horoszkiewicz stets festgestellt werden, ob der betr. Patient eine persistierende Thymus hat, da bei solcher der Tod schon infolge geringer Insulte erfolgen kann, wie H. in einem Falle beobachtete, wo eine 30 jährige Frau, welcher unter Lokalanaesthesie eine Cyste am Halse entfernt werden sollte, plötzlich starb und die Sektion einen Status thymicus ergab. Ae. Sachv. Ztg. N. 41.

Zur Sicherung der Diagnose eines Speiseröhrendivertikels hält Lotheissen die Oesophagoskopie für unerlässlich, deren Vorbereitung (Kokaïnpinselung und Ausspülung) sowie Technik er eingehend schildert. Für die Traktionsdivertikel wird die Diagnose weniger die Therapie beeinflussen als bei den Pulsionsdivertikeln u. zw. sowohl bei den Grenzdivertikeln (zwischen Rachen und Speiseröhre) als bei den tiefergelegenen. Wesentlich ist der Nachweis einer Schwelle, welche den Schleimhautsack begrenzt und sich als Schleimhautwulst darstellt. v. Langenbecks A. 71. Bd. 4. H.

Ein Oesophagoskop hat Glücksmann konstruiert. Dasselbe hat gleich dem Einhornschen Instrument die Lichtquelle am untern Tubus-

ende, an welchem ein aufblasbarer Gummiring Dehnung des Oesophagus und dadurch Erweiterung des Gesichtsfeldes bewirkt. Ver.-Beil. der D. m. W. p. 26.

Den Wert der Oesophagoskopie für die Diagnose fasst Starck in folgende Sätze: Sie ist bei den meisten Menschen ausführbar und neben der Sondierung, die sicherste Methode zur Erkennung und Bestimmung des Sitzes von Fremdkörpern, sowie des Oesophaguskarzinoms im Anfangsstadium. Auch andere anatomische Läsionen wie Ulcus und Entzündung sind deutlich zu erkennen. Die Differentialdiagnose zwischen funktioneller und organischer Erkrankung ist zuweilen nur durch Oesophagoskopie, für welche der gerade, nicht biegbare Tubus das beste Instrument ist, möglich. Intern. Kongr. in Madrid. — B. kl. W. p. 514.

V. Respirationsapparat.

Asthma vom Standpunkt der Lebensversicherung aus bespricht Mahillon. Noch nicht 35 Jahre alte Asthmatiker, ohne tuberkulöse Belastung, welche tuberkulöser Infektion nicht hervorragend ausgesetzt sind, bei denen die Anfälle nur in langen Zwischenräumen auftreten und nur 1—2 Tage andauern, die weder auswerfen, noch husten noch andre Leiden der Respirationsorgane zeigen, welche weder an Herzdilatation noch -hypertrophie noch an Arteriosklerose leiden, und keinen Asthmaanfälle oder Lungenleiden begünstigenden Beruf haben, will M. nicht abgewiesen sehen. Dagegen erachtet er Asthmatiker jenseits des 35. Jahres, welche mit Verdacht auf Fettherz, mit Arteriosklerose, Gicht, Emphysem oder Bronchitis behaftet sind, für zu unsicher, als dass ihre Versicherung empfohlen werden könne. Vereinsbeilage der D. m. W. p. 206.

Diphtheritischer Croup ist in den meisten Fällen zwar ohne Schwierigkeiten zu diagnostizieren, in einzelnen bedarf es jedoch, wie A. Delcourt

unter kurzer Schilderung der betr. Krankheitsbilder ausführt, der Unterscheidung von Stridor der Neugeborenen, Laryngitis bei gleichzeitigem Spasmus glottidis, Laryngitis stridula, Fremdkörpern in den Luftwegen, adenoiden Vegetationen und Hypertrophie der Mandeln, retropharyngealen Abszessen, Tumoren des Larynx, besonders Polypen und Glottisoedem. J. méd. de Bruxelles. N. 8.

Bei Diphtherie kündet sich die Herzschwäche nach Bontin meist durch Anorexie und Erbrechen an. These de Paris.

Die Jodreaktion findet sich nach Weiss im Blut nur bei schwerer Rachen- und Kehlkopfdiphtherie, nicht aber bei leichten Fällen. Jb. f. Kinderhk. 58. Bd. 1. H.

An Keuchhusten muss man nach Stekel immer denken, wenn bei nächtlichen Hustenanfällen ein objektiver Befund fehlt. Verstärkt wird die Wahrscheinlichkeit, wenn ein heller Urin von hohem spezifischen Gewicht (1020—1035) abgesondert wird. Kl. ther. W. N. 23.

Einen seltenen Fremdkörper fand G. Mollica als Ursache einer hochgradigen plötzlichen Asphyxie bei einem Knaben. Die ausgeführte Tracheotomie brachte zunächst keine Besserung. Genaue Untersuchung der Trachea ergab aber darin einen Blutegel, welcher, wie sich herausstellte, beim Trinken aus einem Bache dahingelangt war. Gazz. degli osp. N. 23.

Fremdkörper in den Bronchien lassen sich, wie sich G. Spiess von neuem an einem Falle überzeugen konnte, mittelst der von Killian (M. m. W. 1898. Nr. 27 und 1899 N. 22) angegebenen Bronchoskopie mit Sicherheit erkennen. Ist ein Fremdkörper in die Luftwege geraten, dann muss ohne Verzug die bronchoskopische Untersuchung vorgenommen werden. Gelingt sie nicht vom Munde aus, auch nicht in Narkose, dann muss tracheoto-

miert und von hier aus bronchoskopiert werden. — Besteht nur grosse Wahrscheinlichkeit, dass ein Fremdkörper aspiriert worden ist, dann sollte ebenfalls durch Laryngoskopie und Bronchoskopie vom Munde aus ein Einblick in die Luftröhre und die grossen Bronchien genommen werden. D. m. W. p. 142.

Einen Blähhals beobachtete Diehl bei einem Knaben, welcher plötzlich nach anstrengender Bauchpresse einen stechenden Schmerz am Halse verspürte. D. nimmt Zerreissen einer pleuritischen Verwachsung des rechten Oberlappens als Ursache des willkürlich hervorrufbaren und nach einigen Tagen wieder verschwindenden Blähhalses an. M. m. W. p. 996.

Die Diagnose der Dermoidcysten und Teratome im Mediastinum anticum, welche meist auf einer Foetus in foetu-Bildung beruhen, ist, wie B. Dangschat, welcher zwei Fälle beschreibt und 42 aus der Literatur zusammenstellt, ausführt, auf der relativ langen Dauer der Erkrankung, den weit langsameren Verlauf, als ihn Sarkome oder Karzinome bieten, Atembeschwerden, Auftreten von Haaren etc. im Sputum, ferner eine starke Vorwölbung des Thorax und die Symptome eines im vordern Teile des Thorax abgekapselten Exsudats zu stützen. Von 44 Fällen wurden 13 operiert, doch gelang nur einmal völlige Entfernung. Beitr. z. kl. Ch. 38. Bd. 3. H.

Im Anschluss an die Besprechung von 17 Mediastinaltumoren erörtert de la Camp die Diagnose, für welche er insbesondere Verwertung der Röntgendurchleuchtung anrät, besonders die Durchleuchtung mit Beobachtung des Bildes auf dem Schirm bei den Bewegungen der Organe der Brusthöhle. Charité-Ann. 27. Bd. p. 99.

Bei der Thoraxbeschreibung in Krankengeschichten empfiehlt Bandelier die Thoraxmaasse

anzugeben und zwar Länge in der Mamillarlinie, grössten Breitendurchmesser, grössten Tiefendurchmesser und Tiefendurchmesser in der Höhe der obern Apertur (mit Tastzirkel aufgenommen). Die Zahlen ersetzen eine ausführliche Thoraxbeschreibung; z. B. sagen die Zahlen 32:23:16:11, dass es sich um einen sehr langen, schmalen, namentlich in der obern Apertur flachen Thorax handelt. Man erhält so objektive, unter sich vergleichbare Zahlen, welche mit Thoraxumfang, Atmungsbreite, Vitalkapazität, Körperlänge und -gewicht ohne weiteres ein vollständiges Bild des Gesamthabitus geben. Z. f. Hyg. u. Infkh. 43. Bd. p. 315.

Die parallele und gleichzeitige Auskultation der Lungen befürwortet Bourget insbesondere zur Beurteilung des Vesikuläratmens und für die Frühdiagnose der Tuberkulose, indem die verlängerte Expiration und das saccatierte Atmen leicht verkannt wird, ferner zur Beurteilung der Ausgiebigkeit der Atmung auf beiden Seiten, zur Bestimmung der Entzündungsherde, sowie zur Unterscheidung von Rasseln und pleuritischen Reibegeräuschen. Bourget bedient sich zweier Stetoskope, bestehend aus je einem Gummischlauch mit kleinem Aluminiumschalltrichter an dem einen, und Ohransatz an dem andern Ende. Vbl. d. D. m. W. p. 214.

Ein neues Doppelhörrohr hat Heermann beschrieben: Ein gewöhnliches Hörrohr trägt nahe dem untern Ende einen Ansatz, an welchen ein Gummischlauch befestigt, dessen anderes Ende mittelst einer Olive in das Ohr gesteckt wird. (Zu haben bei Boltz in Posen.) D. m. W. p. 249.

Ein Doppelhörrohr benutzt auch Hecker seit 20 Jahren (zu haben bei Streisguth in Strassburg für 3 Mk.), welches mit dem vorerwähnten von Heermann identisch zu sein scheint. D. m. W. p. 834.

Als eine der Ursachen der Lungenerweiterung erklärt Prengowski die Neurasthenie und

die durch sie herbeigeführte Störung der Herztätigkeit. W. m. Pr. Nr. 39.

Die physikalischen Erscheinungen des hämorrhagischen Lungeninfarks, welche für die Diagnose verwendbar sind, schildert E. Triedemann. Liegt der Infarkt nahe der Oberfläche, so ist der Schall an umschriebener Stelle gedämpft, häufig mit tympanitischem Beiklang, weil die Luft in den Bronchien bei Entspannung des umgebenden Lungengewebes mitschwingt. Der Stimmfremitus ist verstärkt, wenn nicht ein sehr grosser Infarkt auf die Brustwand einen Druck ausübt. Im Beginn hört man zuweilen Rasseln, und zwar so lange die Alveolen noch nicht gänzlich mit geronnenem Blut ausgefüllt sind; später hört man neben pleuritischem Reiben, welches aber häufig fehlt, Bronchialatmen und trockene, knatternde, aus den Bronchien fortgeleitete Rasselgeräusche, sowie Knisterrasseln. Nachweis eines Herzfehlers oder eines anderweitigen Zirkulationsstörungen setzenden Leidens erleichtert die Diagnose. Z. f. kl. M. 50. Bd. 1. H.

Ein seltenes Gefässgeräusch in der Lunge beschreibt P. K. Pel. Es fand sich bei einem 32 jährigen Mann mit latenter Lungentuberkulose der rechten Spitze ein lautes, kontinuierliches, sausendes Blasen mit systolischer Verstärkung und begleitet von einem hohen pfeifenden, fast musikalischen Oberton, hörbar über dem ganzen Oberlappen der rechten Lunge, doch am stärksten in der Fossa supraspinata, 3—4 cm entfernt von der Wirbelsäule. Ein derartiges Geräusch hat weder Pel bisher gehört, noch hatten es Kollegen je wahrgenommen, noch fand es Pel in der Literatur beschrieben. Wiedergabe der Erklärungsversuche würde zu weit führen. B. kl. W. p. 337.

Bei Lungenemphysem erachtet C. Hirtz die Aufnahme in eine Lebensversicherung nur mit Vorsicht empfehlenswert, wenn der Allgemeinzustand

ein mittelmässiger ist, die Lungenspitzen ein abnormales Auskultationsphänomen und beim Perkutieren ein deutliches Widerstandsgefühl darbieten und die spirometrische Untersuchung nicht mehr als 2000 ccm ergibt. Unzulässig sind Emphysematiker, deren Thorax bei permetrischer Messung weniger als 3 cm Differenz zwischen Maximum angestrengter Einatmung und Minimum angestrengter Ausatmung anzeigt und deren Herz und Arterien nicht mehr normal sind. Internat. Kongr. der Versicherungsärzte. — Vbl. der D. m. W. p. 207.

Nach Cybulski hört man die feuchten Rasselgeräusche von Lungenkavernen noch deutlicher als bei der gebräuchlichen Auskultation, wenn man das Ohr in die Nähe des weit geöffneten Mundes des tief ein- und ausatmenden Kranken bringt. Ref. nach Medycyna. Nr. 51. 02 in der Lit.-Beil. der D. m. W. p. 26.

Brook und Green fanden nicht nur in allen Fällen von Phthise, wo sich die Erkrankung anderweitig nachweisen liess, den Erkrankungsherd mittelst Röntgenstrahlen, sondern auch in Fällen, wo Auskultation und Perkussion noch nichts Abnormes zeigten. Vff. glauben, dass mittelst der Röntgenstrahlen die fortschreitende Besserung bei Sanatoriumbehandlung sich objektiv feststellen lasse. Quarterly m. J. Aug.

Den Röntgenstrahlen gesteht H. Dally für die Diagnose der Lungenkrankheiten eine Rolle zu: mit dem Fluoroskop nachweisbares einseitiges Zurückbleiben der Zwerchfellbewegung ist oft das erste Anzeichen der Lungentuberkulose und später kann man zuweilen mit andern Mitteln nicht auffindbare Herde feststellen. Lancet 27. Juni.

Auch Hennecart will die Röntgendurchleuchtung zur frühzeitigen Erkennung der Lungentberkulose verwerthet wissen. Er fand in 32 Fällen dieser Erkrankung verminderte Durchsichtigkeit der er-

krankten Lungenspitze, sowie vermindertes Herabtreten des Zwerchfells bei der Einatmung auf der kranken Seite. Internat. Kongr. in Madrid. — B. kl. W. p. 514.

Als erstes Anzeichen einer Lungentuberkulose, noch ehe unter der linken Clavicula durch Palpation, Perkussion und Auskultation irgend etwas nachzuweisen war, fand Ribard in der Höhe der Spina scapulae, zwischen dieser und der Wirbelsäule, einen druckempfindlichen Punkt, welcher den Tracheo-Bronchialdrüsen entspricht und von Ribard „tuberkulöser Lungenbubo' benannt wird. In der Regel ist der Verlauf der Lungentuberkulose der gleiche: sie beginnt hinten rechts, dann erkranken die linke Spitze und die hintern Lungenpartien. Soc. méd. chir. de Paris. 26. Okt.

Ueber Venenentzündung als Frühsymptom der Lungentuberkulose berichtet Singer. Bei einem jungen Mann, welcher an einer Thrombophlebitis des Unterschenkels litt, traten plötzlich die Erscheinungen eines Lungeninfarkts und einer Pleuropneumonie und anschliessend eine Spitzenaffektion mit nachweisbaren Tuberkelbazillen auf. W. m. W. N. 13.

Für die Unterscheidung zwischen Phthisis incipiens und chronischer Bronchitis verwertet T. Wanner das Resultat einer chemischen Untersuchung des Sputums: Eiweissnachweis in demselben spricht unbedingt für Phthise. Es gründet sich diese Behauptung auf die Untersuchungsresultate W.'s, wonach es im normalen Sekret der Bronchialschleimhaut überhaupt nicht vorkommt. Vorgefundenes Eiweiss stammt aus den Drüsen der Schleimhaut, aus Gefässen der Bronchien und Alveolen oder aus Ulzerationen der Bronchien oder des Lungenparenchyms. Die Menge des Eiweisses geht der Ausdehnung der Läsion parallel. Bei der Pneumonie tritt das Eiweiss durch die Gewebe hindurch. Albumosen im eitrigen und eiweissreichen

Sputum entstehen durch Eiweissspaltung, durch eiweissverdauende Bakterien oder autolytische Prozesse. Eiweiss im Sputum weisst W. dadurch nach, dass er es mit 3 proz. Essigsäure versetzt, gut durchschüttelt und filtriert; aus dem essigsauren Filtrat wird das Eiweiss durch Ferrocyankalium gefällt oder nach Neutralisieren mit Natriumkarbonat oder Natronlauge durch Erhitzen niedergeschlagen. D. A. f. kl. M. 75. Bd. p. 347.

E. Stadelmann bestreitet, dass Fehlen von Pepton für Vorhandensein eines tryptischen Ferments im Sputum spreche, wie Wanner behauptet hatte. Auch sei bei Lungengangrän noch nie ein tryptisches Ferment sicher isoliert worden. St.'s Behauptungen werden aber wieder von F. Müller bestritten. D. A. f. kl. M. 75. Bd. 6. H.

Mit der Perkussion der Lungenspitzen nach Krönig hat A. Wolff sehr günstige Erfahrungen gemacht; sie erlaubt die Retraktion und Infiltration festzustellen. W. gesteht aber zu, dass die Krönig'sche Spitzenperkussion die übrigen Untersuchungsmethoden nicht überflüssig mache. D. m. W. p. 93.

Nach Lorand können Tuberkulöse nie diabeteskrank werden, wohl aber Diabetiker tuberkulös; ebenso werden Krebskranke nie diabetisch. J. m. de Bruxelles. N. 40.

In zweifelhaften Fällen von Lungentuberkulose macht H. Thomson dem Patienten, nachdem er zwei Wochen lang Bettruhe gehalten hat, wobei er täglich gemessen wird, eine Probeeinspritzung von dem neuen Tuberkulin. Lancet. 24. Jan.

Auch unter den Aerzten der Lungenheilstätten herrscht, wie Pickert berichtet, über den Wert der Tuberkulin-Diagnostik noch keine Einigkeit. Die

Gegner begründen ihre Ablehnung mit den ausserordentlich häufigen tuberkulösen Veränderungen im Organismus Erwachsener (nach Sektionen von Nägeli 97 Prozent, von Lubarsch 84 Prozent), so dass positiver Ausfall der Reaktion für den tuberkulösen Charakter der Lungenerkrankung nichts beweise; die Anhänger heben hervor, dass die nach den Injektionen nicht seltene lokale Reaktion (einseitiger Brustschmerz) nur durch die Erkrankung der Lunge zu erklären sei, dass nicht jede auf dem Seziertisch nachgewiesene tuberkulöse Veränderung eines Organs auch intra vitam positiven Ausfall der Tuberkulininjektion bedingen müsse, dass nach Turban bei ganz frischen tuberkulösen Lungenerkrankungen — im Gegensatz zu alten — schon auf kleinste Dosen Tuberkulin Reaktionen eintreten. (Grund: Autotuberkulinisation und Abkapselung.) Pickert sieht die zuweilen selbst nach kleinsten Dosen auftretenden mehrtägigen hohen Fiebertemperaturen für ein wesentliches Hindernis der Tuberkulin-Diagnose an. Pickert meint, dass für die überwiegende Mehrzahl leicht kranker Heilstättenpfleglinge bei Fehlen der Tuberkelbazillen im Auswurf die klinische Diagnostik zur sichern Diagnose genügt und Tuberkulininjektionen nur auszuführen seien, wo die klinische Diagnostik nur Verdacht auf Lungentuberkulose feststelle. D. m. W. p. 1872.

Das klinische Bild der syphilitischen Lungenerkrankungen unterscheidet sich nach Stengel von dem der Phthisis pulmonum meist nur durch das Fehlen der Tuberkelbazillen im Sputum und durch das Auftreten florider spezifischer Krankheitserscheinungen. Laryngealer oder bronchialer Stridor spricht in sehr hohem Grade für syphilitische Lungenerkrankung. Husten, Schmerzen, Dyspnoe, Fieber und Schweisse sind bei syphilitischen und tuberkulösen Lungenerkrankungen die gleichen. Für Syphilis spricht auch der Erfolg einer spezifischen Kur. Univ. of Pennsilvania m. Bull. Mai.

Für die Frühdiagnose der Pleuritis diaphragmatica sind nach v. Stenitzer in erster

Linie zu verwerten die Schmerzen, welche durch Bewegungen des Zwerchfells, wie beim Aufstossen, Singultus, ausgelöst werden und bis in die Schülter ausstrahlen, sodann zwei Druckpunkte: der Mussysche und der Phrenikusdruckpunkt am Halse, ferner Störungen der Zwerchfelldynamiik: einseitiger Hochstand des Zwerchfells, unzureichende Zwerchfellatmung und Zwerchfellreizung, endlich Reflexzuckungen des M. rectus abd. in der Nähe des Ansatzes an Rippenknorpel und Schwertfortsatz auf der Höhe der Einatmung und nur auf die erkrankte Seite beschränkt. Unmittelbar an die Reflexzuckung schliesst sich eine rasche Anspannung der geamten Bauchmuskulatur. Verwertbar sind ferner noch quälender Husten und starke Dyspnoe, für welche sich eine anderweitige Erklärung nicht findet. W. kl. W. N. 16.

Die Diagnose maligner Brusthöhlengeschwülste intra vitam ist, wie A. Feldt berichtet, aus dem Befund spezifischer Zellen im Sputum nur einmal gestellt worden, dagegen dreimal durch Untersuchung ausgehusteter, makroskopisch sichtbarer Gewebefetzen. Feldt bringt diese drei Fälle von Hampeln, Betschart und Huber im Auszug und fügt ihnen zwei selbstbeobachtete hinzu. Bezüglich der Technik empfiehlt F. in allen verdächtigen Fällen hämorrhagische Sputa auf schwarzem Untergrund nach kleinen Partikeln zu durchforschen, dieselben zu härten und histiologisch zu untersuchen. Von F's zweiten Fall zeigen sich in einem derartigen Schnitt mehrere Gefässe sowie Vaccuolen- und Riesenzellen. D. m. W. p. 497.

Pleuraexsudate, welche ausschliesslich Lymphocyten enthalten, sind nach Ansicht von Widal tuberkulösen Ursprungs. Diese bereits von mehreren Autoren angegriffene Ansicht wird auch von Naunyn nicht geteilt, da z. B. die hydropischen Ergüsse bei Morbus Brightii meist nur Lymphocyten oder wenigstens fast keine Leukocyten enthalten; sie unterscheiden sich durch zahlreiche

Endothelien oder Endothelfetzen von tuberkulösen Exsudaten. Nach Naunyn enthalten Exsudate, welche unter nur schwach entzündlichen Einflüssen entstehen, vorwiegend Lymphocyten und zwar um so mehr, je länger sie bestehen. Die anfänglich darin gleichfalls enthaltenen Leukocyten treten gegen die Lymphocyten allmählich mehr zurück, ausser wenn das Exsudat sero-purulent oder eitrig wird, was bei tuberkulösen Exsudaten selten ist. Fast aussschliesslichen Lymphocytenbefund bei ganz frischen pleuritischen Exsudaten erkennt Naunyn an als geeignet, die Diagnose Tuberkulose zu stützen. Endothelien und Endothelfetzen charakterisieren die hydropischen Ergüsse bei Neubildungen. Vereinsbeilage der D. m. W. p. 140.

Einen Fall von der sehr seltenen Pleuritis pulsans beschreibt E. Bendix und gibt zugleich die ganze Literatur über dieses Krankheitsbild. In dem betr. Falle kam die Erscheinung durch Uebertragung des sehr kräftigen Spitzenstosses auf das dem Herzen fest angepresste beträchtliche, abgekapselte, dickflüssige Exsudat zu Stande. — B. macht darauf aufmerksam, dass die öfter vorgekommenen Verwechslungen des Krankheitsbildes mit Aneurysmen sich unter Berücksichtigung der Perkussions- und Auskultationsergebnisse wohl stets auch ohne probatorische Punktion vermeiden lassen. M. m. W. p. 855.

Alte Pleuritiden (selbst eitrige) erhöhen bei der Lebensversicherung nach P. Bourcy das Risiko nicht wesentlich, wenn sie nicht tuberkulösen Ursprungs sind, die Heilung eine vollständige und durch einen langen, seit der Genesung verflossenen Zeitraum gesicherte ist. Essentielle Pleuritis erhöht das Risiko, die Aufnahme ist aber nicht auszuschliessen, wenn jedes verdächtige Zeichen fehlt, auch bei wiederholter und in Zwischenräumen wiederholter Untersuchung. 3. Internat. Kongr. der Versicherungsärzte. Vbl. d. D. m. W. p. 207.

Milchähnliche Ergüsse beruhen, wie H. Strauss hervorhebt, nicht immer auf grossem Fettgehalt; sie können auch durch hohen Lecithingehalt bedingt sein. St. hat fünf derartige Fälle von „pseudochylösem" Ascites, sämtlich bei chronischer parenchymatöser Nephritis, gesehen. Charité. Ann. 27. Bd. p. 217.

VI. Zirkulationsapparat.

Leukanaemie benannte Leube die Bluterkrankung, bei welcher der morphologische Befund der Leukaemie mit dem der perniciösen Anaemie sich vereinigt findet. Luce teilt einen dieser seltenen, letal endenden Fälle mit. Er sucht aus der negativen Siderosisprobe zu beweisen, dass bei Leukanaemie kein gesteigerter Zerfall roter Blutkörper stattfindet und Lymphaemie wie perniciöse Anaemie bei Leukanaemie myelogenen — nicht hämatogenen — Ursprungs ist. Der Leukanaemie gesteht Luce eine nosologische Sonderstellung nicht zu.

In dem Fall von Luce handelt es sich um die Erkrankung einer 40jährigen Frau: zunächst an einer infektiösen Rachenerkrankung mit einfacher Anaemie, während nach 3 Monaten der Blutbefund eine perniciöse Anaemie, kombiniert mit lymphatischer Leukaemie zeigte. Die Sektion ergab: ausgedehnte leukämische Infiltration der Leber, der Nieren und des Herzfleisches, Hyperplasie der Milz und einiger Lymphdrüsen, im Knochenmark vorwiegend Lymphocyten und die für perniciöse Anaemie charakteristischen Elemente; keine Siderosis. D. A. f. kl. M. 77. Bd. 3. H. — Einen ähnlichen Fall berichteten Hitschmann und Lehndorff. Z. f. Heilk. 5. H.

Die Angabe von K. Brandenburg (1900), dass „Blut bei der Leukaemie und zwar schon in kleinsten Mengen in ausgesprochenen Fällen Guajaktinktur (ohne Zusatz von H_2O_2 oder Ol. Terebinth.) blau färbt," hat E. Meyer nachgeprüft

und den Ursachen des verschiedenen Verhaltens der Leukocyten gegen Guajaktinktur nachgeforscht. Er fand, dass in den polynukleären und wahrscheinlich auch den mononukleären neutrophilen Zellen ein durch Wasser auslaugbarer Körper enthalten ist, welcher Guajaktinktur ohne Gegenwart von Superoxyden bläut, dass dieser aber in den Zellen des lymphatischen Apparates fehlt. Dieser Körper ist ein intracelluläres, freiwerdendes oxydatives Ferment. Auch völlig normale neutrophile Leukocyten enthalten dieses Ferment. M. m. W. p. 1489.

Die Anaemia pseudoleukaemica infantum (v. Jaksch) lässt Morse nicht als besondere Krankheit gelten, da weder der Blutbefund noch die Milzschwellung charakteristisch ist. Letztere ist bei Kindern (im Gegensatz zu Erwachsenen) nicht selten bei Anaemie, auch wenn keine ungünstigen Verhältnisse vorliegen. Dublin. J. 28. Mai.

Bei Morbus Basedowii unterscheidet L. Hofbauer primäre und sekundäre Atemstörungen. Als letztere bezeichnet er kardiales und bronchiales Asthma, Hysterie, mechanische Kompression der Trachea durch die Struma. Primäre Atemstörungen treten auf als 1. andauernde, charakterisiert durch Abflachung der Atemcurve, gleichzeitige Verlängerung der In- und Expiration, Unregelmässigkeit der Grösse und Form der einzelnen Elevationen mit streckenweisen, fast oder völlig ausgeprägten Atempausen und 2. anfallweise auftretende mit Vertiefung der Atmung, rascher In- und Expiration, Atempausen — beide Formen als Folge der den Morbus Basedowii hervorrufenden Funktionsstörung der Schilddrüse. Mitt. a. d. Grenzgeb. D. M. u. Ch. 11. Bd. 4. H.

In der Diskussion zu Heubners Vortrag über die Barlowsche Krankheit macht Neumann darauf aufmerksam, dass es Fälle gibt, in welchen auch bei genauester Untersuchung sich wenig oder keine Zeichen der Barlowschen Krankheit finden

als eine Hämaturie, bei welcher nur wenige Cylinder vorhanden sein können. B. kl. W. p. 308.

Auf die Schwierigkeiten der Diagnose der Bantischen Krankheit, deren Hauptsymptome Milzvergrösserung, Anaemie und Lebercirrhose sind, macht Fichtner aufmerksam. Malariamilz und Malariaanaemie sind in typischen Fällen leicht auszuschliessen, nicht aber bei unklarer Anamnese und im präascitischen Stadium. Unsicher und fast unmöglich ist die Abgrenzung von der lienalen Pseudoleukaemie und der Anaemia splenica. Da ferner auch bei einfacher Anaemie und Milzvergrösserung leicht cirrhotische Veränderungen der Leber vorkommen, so konnte man vermuten, dass es sich bei der Bantischen Krankheit nur um Steigerung dieser Veränderungen aus unbekannter Ursache handle, doch ist diese Frage heute noch nicht zu entscheiden. Die Schwierigkeiten der Diagnose werden dadurch gesteigert, dass die in jedem Fall inbetracht zu ziehende Lues hereditaria in der Regel gar nicht festgestellt werden kann. M. m. W. p. 1376.

Bahrt behauptet, es sei unmöglich, eine Bantische Krankheit in ihrem ersten, dem am längsten dauernden Stadium zu diagnostizieren; dasselbe ist durch Milztumor, Anaemie und erst gegen das Ende desselben zuweilen durch Vergrösserung der Leber gekennzeichnet; es dauert 5—11 Jahre, während das zweite meist nur einige Monate, und das dritte, in welchem neben Anaemie und Milztumor noch Lebercirrhose und Ascitis vorhanden sind, selten über ein Jahr dauert. Da der Blutbefund auch nichts Entscheidendes bietet, so muss man bei jedem Patienten mit andauernder Anaemie und Milztumor, bei welchem eine Vergrösserung der Leber eintritt und Leukaemie sowie Malaria auszuschliessen sind, an Bantische Krankheit denken. M. m. W. p. 924.

Nach Untersuchungen von Kast über Blutbefunde bei Morbus Banti und verwandten Leiden ist für Morbus Banti es gegenwärtig noch nicht mög-

lich, ein differentialdiagnostisch verwertbares Bild der Blutbefunde aufzustellen. Morbus Banti zeigt im allgemeinen eine Kombination der Erscheinungen von Anaemie und Leukopenie. Prag. m. W. N. 20.

P. Fränckel bestimmt die Reaktion des Blutes durch elektrische Messung der Wasserstoffe und Hydroxyl-Jonenkonzentration bei Verwendung wasserstoffbeladener Palladiumelektroden. Im frischen defibrinierten Blut sowie im Serum war die Wasserstoff-Jonenkonzentration annähernd gleich der des Wassers, also neutral, nicht alkalisch. Pflügers Arch. 96. Bd. p. 601.

Eine von Dare angegebene Methode der Messung der Blutalkaleszenz beruht auf dem Verschwinden des Oxyhaemoglobinspektrums in dem Moment, in welchem bei Säurezusatz neutrale Reaktion erreicht ist. Dare lässt in einem kleinen, von ihm konstruierten Apparat so lange zu einer kleinen Menge verdünnten Bluts eine Lösung von Ac. tartaric. zutreten, bis das Oxyhämoglobinspektrum verschwindet; aus der Menge der verbrauchten Säure wird der Alkaleszenzgrad des Blutes berechnet. Bull. of the John Hopkins Hosp. Baltimore. Juli.

Zur annähernden Bestimmung des Hämoglobingehaltes des Blutes ganz geeignet erscheint T. W. Tallqvists Hämoglobinskala (3. Aufl. Helsingfors, Hagelstam. 4 M.). Dieselbe besteht aus 10 farbigen Streifen nach den verschiedenen Farbenabstufungen des normalen Hämoglobingehalts des Blutes (von 10—100 Prozent). Jeder Streifen ist in der Mitte durchlocht. Hinter diesem Ausschnitt wird ein Fliespapierstreifen, welcher mit Blut vollgesaugt ist, gehalten. Es werden wohl nicht so genaue Resultate erhalten wie mit dem Gowers-Sahlischen Hämoglobinometer, aber doch immerhin zuverlässige Auskünfte.

Das Verhalten der geformten Elemente des Blutes bei Malaria hat Delany eingehend stu-

diert. Vermehrt sind bei Malaria die grossen mononukleären Zellen und die Lymphocyten, etwas vermehrt die Myelocyten, dagegen vermindert die Leukocyten und roten Blutkörperchen. Br. m. H. 28. März.

Eine neue Methode der Blutkörperchenzählung stammt von Strong und Seligmann: Man verdünnt 5 ccm Blut mit der 100fachen Menge einer Fixierungsflüssigkeit, welche Methylviolett enthält. Zur Zählung der Leukocyten lässt man mit einer 5 ccm dieser Mischung enthaltenen Pipette einen Tropfen auf einen Objektträger fallen, lässt ihn trocknen, schliesst ihn in Kanadabalsam ein und untersucht mit Oelimmersion: die weissen Blutkörperchen sind dunkelblau gefärbt; diese zählt man auf dem ganzen Objektträger und berechnet ihre Zahl aus der bekannten Verdünnung. Behufs Zählung der roten Blutkörperchen verdünnt man die erste Mischung nochmals mit einer Lösung von Eosin und verfährt dann wie vorstehend. Vereinsbeil. der D. m. W. p. 256.

Zur Färbung von Blutkörperchen für forensische Zwecke empfiehlt H. Marx eine Mischung von 33proz. Kalilauge und 1 pro mille Chinin. hydrochlor. zu gleichen Teilen. Das Chinin bringt die roten Blutkörperchen sehr deutlich zur Anschauung; namentlich treten auch etwaige Kerne und die Dellen deutlich hervor. Vjschr. f. ger. M. N. 3.

Zur Blutkörperchenzählung hat R. May eine Pipette mit automatischer Einstellung konstruiert, deren Beschreibung ohne Wiedergabe der Abbildung nicht verständlich ist. M. m. W. p. 253.

Löwenbach und Oppenheim stellten Blutuntersuchungen bei den ulcerösen und gummösen Formen der Syphilis an. Sie fanden bei den Spätformen der Syphilis beträchtliche Verminderung des Hämoglobin- und Eisengehalts des Blutes, messen aber der von Justus behaupteten diagnostischen

Verwertbarkeit des Hämoglobingehalts bei Syphilis keinen Wert bei. D. A. f. kl. M. 75. Bd. 1. H.

Leukocytenzählungen in den Tropen führte Ouwenhand an Europäern und indischen Eingeborenen aus. Es ergab sich, dass erstere 7087, die letzteren 7940 Leukocyten durchschnittlich im ccm Blut besassen. Die Europäer hatten 59 Prozent multinukleäre, 34,7 kleine einkernige, 1 grosskernige Leukocyten und 4,9 Prozent eosinophile Zellen. Geneesk. Tydschr. vor Nederlandsch-Indien, 42. Bd.

Die Leukocytenzählung lässt nach L. Bérard und A. Descos Schlüsse auf die Art einer Beckenerkrankung und der Indikation für Operationen zu: Sind im cmm 12—13 000 oder mehr Leukocyten mit deutlicher Vermehrung der polynukleären Zellen, so liegt eine Eiterbildung vor; dieser Befund erfordert Aufschiebung der Operation oder Vornahme derselben von der Scheide aus. Sind aber nur 10 000 oder weniger Leukocyten im cmm, so ist kein oder nur wenig virulenter Eiter vorhanden, und man kann laparotomieren. Rev. de gyn. et de chir. abdom. N. 1.

In 92 Prozent von 77 Typhusfällen konnten Gütig und Kast bereits bei der ersten Blutuntersuchung eine Leukopenie feststellen; bei 24 dieser Fälle war die Verminderung der Leukocyten bereits vorhanden, ehe Milztumor und Roseolen nachweisbar waren, und in 7 Fällen war die Typhusdiagnose durch Leukocytenzählung ermöglicht, ehe Widalsche Probe, Milztumor oder Roseolen für Typhus sprachen. Ansteigen und Hochbleiben der Leukocytenzahl im Verlauf der Krankheit gestattet günstige Prognose. In 5 Fällen von bakteriologisch sichergestelltem Paratyphus war das Verhalten der Leukocyten wie beim Thyphus. Vereinsbeil. der D. m. W. p. 295.

Den Nachweis der Leukocytenvermehrung im Blute rät Erich Mayer mittelst der Guajakprobe, welche von ca. 19 000 Leukocyten

an positiv wird, zu führen. Die Reaktion tritt deshalb bei der Verdauungsleukocytose nicht ein, dagegen bei Pneumonie, latenten Eiterungen, Abszessen und Empyem. Bei sehr reichlicher Leukocytose wird Zusatz von Terpentinöl überflüssig, z. B. in einer Eiterung, bei welcher ein Ferment die oxydierende Wirkung übernimmt. In 5 Fällen myelogener Leukaemie fand M. die Guajakprobe im Blut positiv, nie aber bei lymphatischer Leukaemie. Naturf.-Vers. — M. m. W. p. 1847.

Den Wert der Cytodiagnostik der Brust- und Bauchhöhlenflüssigkeiten untersuchten v. Kétly und v. Torday. In primären tuberkulösen Pleuritiden fanden sie kleine Leukocyten und einzelne rote Blutkörperchen und nur selten wenige Endothelien; bei sekundären Pleuritiden war der Befund der gleiche, nur zeigten sich in den ersten Tagen oft polymorphkernige Zellen, an deren Stelle bald Lymphocyten traten. Transsudate bei Herz- und Nierenleiden enthalten neben Lymphocyten viele Endothelien; jedoch gestattet nur Ueberwiegen der Endothelzellen den Schluss auf einen transsudativen Charakter der Flüssigkeit. Bei Pneumokokken-Pleuritiden finden sich neben polymorphkernigen Leukocyten Endothelien. Bauchhöhlenflüssigkeiten ergeben nicht ganz klare Unterschiede. Die Cytodiagnostik ist vor allem zur Erkennung primärer tuberkulöser Pleuritiden zu verwerten. D. A. f. kl. M. 77. Bd. 1. H.

Entgegen den Behauptungen von Curschmann und Dützmann über den diagnostischen Wert der Leukocytenzählung bei Entzündungsprozessen ist L. Kirchmayr der Ansicht, dass sich bei normaler Leukocytenzahl eine Eiterung nicht sicher ausschliessen und bei mässiger Vermehrung eine Eiterung nicht sicher annehmen lasse. Leukocytenbefunde von 30 000 deuteten zwar mit grosser Sicherheit auf Eiterung, doch sei, wenn diese Zahl erreicht sei, die Diagnose an sich schon in der Regel nicht mehr zweifelhaft. W. kl. R. Nr. 11.

Durch Untersuchungen von L. Jakobsohn über die Cytodiagnostik der Exsudate bei Pleuritis, Empyem und Ascites wird die Anschauung von Widal und Ravault bestätigt, dass alleiniges Vorhandensein von Lymphocyten und roten Blutkörperchen im Exsudat immer auf die tuberkulöse Natur des Exsudats hinweist. In einem Fall atrophischer Lebercirrhose ergab die Cytodiagnostik polynukleare und Endothelzellen; bei der Sektion wurden nirgends tuberkulöse Herde gefunden. In den beiden Fällen von Empyem der Pleura zeigte das mikroskopische Bild ein- und mehrkernige neutrophile Zellen, was ebenfalls mit den Angaben von Widal und Ravault übereinstimmt. J. empfiehlt daher die Cytodiagnostik als sicheres Hilfsmittel für die Frühdiagnose pleuritischer Ergüsse. Med. Obosrenije N. 12. — Nach M. m. W. p. 1438.

Entgegen Widal u. a. französischen Autoren glauben Czerno-Schwarz und Bronstein der Cytodiagnostik eine hervorragende Bedeutung nicht zuschreiben zu dürfen. Für feststehend halten Vff. folgende Tatsachen:

1. Die normale Cerebrospinalflüssigkeit enthält entweder gar keine geformten Elemente oder eine geringe Zahl Leukocyten.
2. Die Cerebrospinalflüssigkeit bewahrt ihre normalen Eigenschaften bei Neurosen, Psychosen, Erkrankungen des centralen und peripheren Nervensystems (ohne Affektion der Gehirn- und Rückenmarkshäute), bei Gehirntumoren und anschliessend auch bei sog. Meningismus.
3. Bei progressiver Paralyse, in den Frühstadien der Tabes, bei Meningomyelitis wird Lymphocytose beobachtet.
4. Bei tuberkulöser Meningitis ist in der Mehrzahl der Fälle das Frühstadium der Krankheit durch die polynukleäre, das spätere Stadium durch die lymphocytäre Formel charakterisiert welch letztere jedoch bei sekundärer Infektion wiederum durch die polynukleäre ersetzt wird.
5. Bei epidemischer Cerebrospinalmeningitis verschiedener Aetiologie wird in der überwiegen-

den Mehrzahl der Fälle vom ersten Beginn der Krankheit an ein Vorherrschen der vielkernigen Zellen beobachtet, während in den chronischen und zur Heilung neigenden Fällen die Lymphocytose in den Vordergrund tritt. Bei jeder Exacerbation prävalieren von neuem die polynukleären Zellen. B. kl. W. N. 34 u. 35.

Auf die vom Stabsarzt Prof. Dr. Uhlenhuth in Greifswald ermittelte Methode der Blutuntersuchung, welche es ermöglicht, die Art des zu untersuchenden Blutes festzustellen und namentlich Menschenblut mit Sicherheit von Tierblut zu unterscheiden, macht ein Erlass des preussischen Justizministers vom 8. September 1903 die Landgerichtspräsidenten und ersten Staatsanwälte aufmerksam. Für die Vornahme von Untersuchungen werden in erster Linie empfohlen: das Hygienische Institut der Universität Greifswald, das Institut für Infektionskrankheiten in Berlin (N. 39, Nordufer), das Institut für Staatsarzeneikunde in Berlin und das Institut für exper. Therapie zu Frankfurt a. M. D. m. W. N. 43.

Einführung der Serumdiagnose in die forensische Praxis erachtet J. Kratter nach Arbeiten von Okamoto für nicht angängig, da sie noch unsichere Resultate liefert: Serum von mit Menschenblut behandelten Kaninchen bewirkte in 15,4 Prozent keine Präcipitation im Menschenblut, andererseits erzeugte Serum von mit Menschenblut behandelten Kaninchen in 10 Prozent mit verschiedenen Tierblutarten einen Niederschlag. Im Serum selbst entstehen oft von selbst Niederschläge; Ueberhitzen und starke Fäulnis des Blutes verhindern die Reaktion. Endlich ist die Serumreaktion nicht spezifisch für Menschenblut, sondern = eiweiss: sie erfolgt auch durch eiweisshaltigen Harn, Ascitesflüssigkeit, Exsudate und Sperma. W. m. W. N. 1.

Die Unterscheidung von Menschen- und Tierblut mittelst des Serums von Tieren, welche mit Menschenblut intraperitoneal vorbehandelt

worden sind, ist, wie auch Kockel betont, nicht ganz zuverlässig; im 7. Teil der Fälle verhält sich Menschenblutserum refraktär, und im 11. Teil gibt heterologes Serum die Reaktion. K. hofft, dass es insbesondere durch Herstellung sehr hochwertiger Sera — bis jetzt ist der Titre 1:100 erreicht — gelingt, die Reaktion zu einer ganz zuverlässigen zu machen. Ver.-Beil. der D. m. W. p. 30.

Für die Gewinnung des Mensch eneiweiss fällenden Tierserums, speziell Kaninchenserums, für die Identifizierung des menschlichen Eiweisses bez. Menschenblutes geben A. Wassermann und A. Schütze genaue Anweisungen, deren kurze Wiedergabe nicht möglich ist. D. m. W. p. 192.

Die baktericiden Eigenschaften des menschlichen Blutserums hat Löwenstein studiert. Er fand, dass es für Cholera- und Typhusbazillen starke, für Milzbrandbazillen schwache und für Staphylokokken und Diphtheriebazillen gar keine baktericiden Eigenschaften besitzt. Das Serum von Diabetikern beeinträchtigt Milzbrandbazillen gar nicht. Bei Infektionskrankheiten soll dem Krankheitserreger gegenüber eine Baktericidie des Serums nicht bestehen. D. A. f. kl. M. 76. Bd. 1. H.

Bei kroupöser Pneumonie erhält das antitryptische Vermögen des Blutserums nach Ascoli und Bezzola zunächst eine beträchtliche Steigerung, welche bis nach der Krisis auf der Höhe bleibt und dann absinkt, oft parallel dem Zurückgehen der lokalen Erscheinungen. B. kl. W. Nr. 17.

Nach Placzek lässt sich die Blutdichte als Zeichen des Ertrinkungstodes verwerten. Bei demselben wird das Blut verdünnt, während eine in das Wasser geworfene Leiche normale Blutdichte zeigt. Letztere beträgt im Mittel 1055; dagegen fand P. bei einem Ertrunkenen 1036. Das Blut muss

aus Gefässen stammen, in denen keine Gerinnungen stattgefunden haben. Verwertbar ist nur der positive Nachweis der Verdünnung; Fehlen derselben lässt noch die Erklärung zu, dass der Tod reflektorisch durch Atemstillstand erfolgte, ohne dass Wasser in das Blut gelangte. Vjschr. f. ger. Med. 3. F. 25. Bd. p. 13.

Der Gefrierpunkt des Blutes wird nach Tierversuchen von Stoenescu beim Ertrinken in Süsswasser herabgesetzt, in Seewasser aber erhöht; besonders deutlich tritt dieses an dem aus dem linken Herzen entnommenen Blut hervor. Ann. d'hyg. publ. 3. S. 49. Bd. p. 14.

Sein Phospometer hat Jolles verbessert und das Verfahren der Bestimmung der Phosphorsäure bez. des Phosphors im Blute wesentlich vereinfacht. Ohne Abbildung ist eine kurze Beschreibung des Apparats unverständlich; es muss deshalb auf das Original verwiesen werden. Zbl. f. i. M. Nr. 5.

Die Stärke des Spitzenstosses sucht Smiraglia-Scognamiglio für die Differentialdiagnose zu verwerten. Der Spitzenstoss ist verstärkt bei Arterioklerose, akuter und chronischer Aortitis, Lungenkarzinen und andern Lungenleiden, abgeschwächt oder fehlend bei adhäsiver Pericarditis, Empyem, Pleuritis, Hydrothorax und Ansammlung von Flüssigkeit in der Brusthöhle. Intern. Kongr. zu Madrid. — Vereinsbl. des D. m. W. p. 187.

Für die Diagnose der Persistenz des Ductus arteriosus Botalli hebt E. Dokuczajewa die Wichtigkeit der Ungleichheit des Pulses an symmetrischen peripheren Arterien der oberen Körperhälfte hervor, welche in einem Falle gestattete, die Diagnose richtig zu stellen und sogar die Bewegungsrichtung des Blutes zwischen Aorta und Art. pulmonalis zu erkennen. Ref. M. m. W. p. 837.

Reiche Belehrung über Radioskopie des Herzens und der grossen Gefässe gibt Arcarisi. Nach Anweisungen über die Technik gibt A. zehn Bilder, welche das Wachstum und die Veränderungen des Herzens bis in das Greisenalter, ferner bei erhöhtem intraabdominalen und intrathorazischen Druck, bei Exsudaten und Tumoren vorführen, sodann Bilder von Cardioptosis, Atheromatose mit und ohne Insuffiziens der Aorta, Aortenaneurysmen und Mediastinaltumoren. Rif. med. Nr. 33.

Die widersprechenden Ansichten über Gerinselbildung im Herzen Ertrunkener erklärt G. Sarda auf Grund von Tierversuchen mit dem Stadium der Fäulnis der Leichen zur Zeit der Obduktion. Ertränkte Tiere zeigten fast stets Blutgerinsel im Herzen; diese wurden aber durch Fäulnis wieder gelöst. Ann. d'Hyg. publ. 3. S. 49. Bd. p. 125.

Im Anschluss an die Krankengeschichte von zwei Fällen von Herzbigemie mit doppeltem Herzstoss bespricht K. Doll die Diagnose dieser seltenen Erkrankung. Nach Riegel gehört dazu Vorhandensein von zwei sich rasch folgenden Herzstössen von annähernd gleicher Stärke und genau an derselben Stelle. Dabei entspricht nur dem ersten Herzstoss eine Pulswelle in der Radialarterie. Der scheinbare Widerspruch zwischen dem zweiten kräftigen Spitzenstoss und dem Ausbleiben einer entsprechenden arteriellen Pulsation erklärt sich aus einer Verkürzung der ersten Diastole und verfrühtem Einsetzen der zweiten Systole. B. kl. W. p. 220.

Zeichen von Myokarditis, insbesondere Arythmie, Tachy- und Brachykardie, Schwindelanfälle, Dyspnoe, Angina pektoris und allgemeiner Depression bei Patienten unter 50 Jahren müssen nach L. Weber stets den Verdacht erwecken, dass es sich um luetische Affektionen des Herzens und der Aorta handeln könne. M. m. W. p. 1936.

Als neue klinische Untersuchungsmethode empfiehlt G. Gärtner die Messung des Drucks im rechten Vorhof. Dazu verwertet G. die pralle Füllung der Hautvenen des herabhängenden Arms und deren Entleerung im emporgehaltenen Arm. Indem man eine bestimmte Vene erst in eine Lage bringt, bei welcher sie noch gefüllt ist, und dann in eine zweite etwas höhere, bei welcher sie ihren Inhalt entleert, sind zwei Grenzwerte gewonnen, zwischen welchen der Druck im Vorhof liegt. Der Druck wird gemessen durch Feststellung des Vertikalabstandes zwischen dem rechten Vorhof und der Lage der Vene bei Eintritt des Phänomens. Mit Hilfe dieser Methode kann man nach G. das Vorhandensein von Stauungen im rechten Herzen nicht nur erkennen, sondern auch den Grad der Störung messen und den Ablauf von Veränderungen verfolgen. M. m. W. p. 2038.

Die Hörbarkeit der Herzstösse an der Rückenfläche des Thorax sucht E. Masing für die Diagnose zu verwerten. Völliges Verschwinden der beim Gesunden am Rücken stets hörbaren Herztöne ist als Zeichen von Herzschwäche anzusehen. Am Rücken gelingt in manchen Fällen eine genauere Lokalisierung von Herzgeräuschen als vorn auf der Brust. Petersb. m. W. Nr. 19.

Nach den Darlegungen von H. E. Hering sind die Begriffe Hemisystolie und Systolia alternans aus der klinischen Terminologie zu entfernen; erstere weil sie nicht in den Bereich der klinischen Beobachtung fällt, letztere, weil sie nicht vorkommt. D. m. W. p. 381.

Bei dem hypertrophischen Arbeitsherzen ist nach Katzenstein die Herzfigur kaum vergrössert, der Spitzenstoss nicht fühlbar, der Puls langsam und voll, die Herztöne rein; nie sind irgend welche Beschwerden, Atemnot oder Herzklopfen vorhanden. Die Dilatation dagegen macht stets Beschwerden. Bei der akuten Herzdilatation beobach-

tete K. plötzlich auftretende, stechende Schmerzen in der Herzgegend, Luftmangel, Herzklopfen, hebenden Spitzenstoss weit nach aussen, Herztöne rein und laut, Herzdämpfung nach links und rechts verbreitet. Eine akute Herzhypertrophie gibt es nicht. Die Accentuation der Herztöne ist sehr massgebend; bei akuten Infektionskrankheiten ist z. B. die Accentuation ein Vorbote einer Erlahmung des Herzens. — v. Bestelmeier betont, man könne aus einer einzigen Untersuchung des Herzens keine weitgehenden Schlüsse ziehen; bei nervösen Menschen finde man auch accentuierte Herztöne, welche bei einer spätern Untersuchung nicht vorhanden seien. Bock legt der Accentuation der Herztöne kein besonderes Gewicht bei. B. kl. W. p. 279.

Eine traumatisch entstandene Aorteninsuffienz berichtet F. Jessen von einem vorher sicher gesunden 40jährigen Fischer nach $1^1/_2$ stündigem angestrengten Arbeiten unter Wasser bei gleichzeitiger hochgradiger Aufregung. J. nimmt einen Einriss der Aortenklappen an. M. f. Unfallhk. N. 1.

Bei Bestimmung der linken Herzgrenze muss nach H. Engel die linke relative Herzgrenze massgebend sein. Sie wird festgelegt durch starke Tiefenperkussion und auf indirektem, aber sicherem Wege durch Benutzung der obern relativen Herzgrenze. Engel verfährt in Anlehnung an Plesch wie folgt: Er perkutiert auf ein klotzartiges nur 4 cm hohes und 1,5 cm breites Hartgummiplessimeter (ein Stückchen Siegellack verrichtet denselben Dienst) in ziemlich starken Schlägen links vom Manubrium sterni dicht am Brustbein entlang zum Herzen herunter. Die der relativen obern Herzgrenze entsprechende Schalldifferenz ist an dieser Stelle leicht zu erkennen und wird mit einem Strich markiert. Dieser Strich ist der Ausgangspunkt für Auffindung der linken relativen Herzgrenze. Man perkutiert immer wieder von oben herunter, mit der

einen Hälfte des Plessimeters immer den vorher perkutierten Weg noch einmal zurücklegend. Man schreitet also mit jeder Perkussion nur ca. 0,5 cm vorwärts und findet in dem zuletzt markierten Strich einen Anhalt beim Vorrücken des Plessimeters. So geht man langsam vorwärts in bogenförmiger Linie bis zur linken relativen Herzgrenze und bis zu deren Uebergang in den Magenlungenschall. M. m. W. p. 1503.

Für die funktionelle Diagnostik der Herzkrankheiten empfiehlt D. Franze nach dem Vorgang von Smith die Feststellung der jeweiligen Grösse des Herzens mittelst des Phonendoskops. Nachdem man desselbe mit dem Stift über dem Herzen aufgesetzt hat, erregt man centrifugal verlaufende Schallwellen durch Streichen über die Brustwand hin: man hört ein schleifendes Geräusch, welches in dem Augenblick verschwindet, wo der streichende Gegenstand die Brust verlässt. Smith hat das Phonendoskop mit einer verschliessbaren Oeffnung versehen, welche die tiefern Töne ausschaltet, welche man auch über die Herzgrenzen hinaus hören würde. Ob man mit dem Finger oder, wie Smith, mit einem flach gebundenen Borstenpinsel streicht, ist gleichgültig. Franze findet das Aufhören des akustischen Phänomens beim Ueberschreiten der Herzgrenzen noch abrupter, wenn man einen kleinen Pressschwamm von der Grösse eines modernen Gewehrgeschosses verwendet. Die Methode mittelst Streichens und Phonendoskops die Organengrenzen zu bestimmen, heisst Friktions-Methode. D. Ae.Z. N. 9. 1. Mai.

Auf Grund eingehender Nachprüfungen erklärt F. Moritz die Bestimmung der Herzgrenzen nach Smith mittelst des Phonendoskops für unbrauchbar. M's Artikel gibt die ganze über dieses Thema erschienene Literatur. M. m. W. p. 1333.

Die Angriffe von Moritz gegen die Bestimmung der Herzgrenzen nach Smith mittelst des Phonendoskops weist Hornung zurück mit der Behauptung, Moritz beherrsche die Technik der Methode nicht und gehe von der falschen Prämisse aus, die Orthodiagraphie gebe die Herzgrenzen richtig wieder. M. m. W. p. 1510.

Gegenüber den Einwendungen von Moritz gegen die Möglichkeit, die Herzgrenzen mittelst Phonendoskops zu bestimmen, halten A. Smith und J. Hofmann ihre Behauptung, dass dieses bei korrekter Durchführung ihrer Vorschriften sehr wohl möglich sei, aufrecht. M. m. W. p. 2187.

Zur Klinik der Schussverletzungen des Herzens erwähnt R. Kienböck einen Fall, in welchem das Geschoss im Herzen eingeheilt war, sich aber nur schwierig durch Röntgenstrahlen nachweisen liess. Dies gelang erst, als Patient halb links gedreht und die Röhre links hinten unterhalb der Axilla eingestellt wurde. W. m. Pr. N. 5.

Bei traumatischen Klappenrissen an der Aorta hört man zuweilen ein lautes, weithin hörbares Geräusch. Das ist aber nach Erfahrungen von Th. Struppler nicht die Regel; im Gegenteil gibt es zweifellos Fälle von traumatischer Aorteninsuffizienz, bei denen nur sehr schwer und nur ein unbedeutendes Geräusch oder bei einmaliger Auskultation vorübergehend überhaupt kein diastolisches Aortengeräusch gehört wird. M. m. W. p. 1205.

„Die Diagnose der Herzfehler in schematischer Uebersicht“ hat A. Dennig durch ein Werkchen (Pietzcker, Tübingen) dem Verständnis näher zu bringen gesucht. Eine Tafel gibt die Topographie der Brusteingeweide, zwei weitere veranschaulichen das normale, wie durch Insuffizenz oder Stenose gestörte Spiel der Atrioventrikular- und grossen Gefässklappen bei Systole und Diastole. In

dem begleitenden Text sind die physikalischen Symptome der Klappenfehler kurz zusammengefasst.

Die für frühzeitige Erkennung der nicht auf Klappenfehlern beruhenden Herzerkrankungen wichtigen Punkte hat Landgraf in einer Tabelle zusammengestellt. Es sind dies:

1. Chronische Herzbeutelentzündung.

Sie entwickelt sich aus akuter, meist im Gefolge von Rheumatismus, ist dann aber wohl immer mit myo-, häufig auch endokarditischen Veränderungen verbunden. Zuweilen waren auch in den Mittelzellen Entzündungen vorhanden, welche zu Verlötungen des Herzbeutels mit Wirbelsäule, Brustfell und Pleura führten, teils mit, teils ohne Verwachsung der Perikardialblätter. Auch Verletzungen können zu Herzbeutelentzündungen führen.

Subjektive Krankheitserscheinungen können gering sein, andererseits finden sich alle Beschwerden, welche bei mangelhafter Herztätigkeit auftreten. Objektiv können alle Erscheinungen fehlen. Bei Verwachsung des äusseren Blatts mit dem Lungenfell erleidet die Herzdämpfung durch die Atmung keine Aenderung und es fehlt häufig die seitliche Verschiebung des Spitzenstosses nach aussen bei linker Seitenlage. Einziehung eines dem Spitzenstoss entsprechenden Teils der vordern Brustwand bei gleichzeitigem diastolischen Venenfall am Halse deutet ziemlich sicher auf Verwachsung des verödeten Herzbeutels mit der vordern Brustwand und der Wirbelsäule durch strangförmige Gewebsmassen. Vereinzelt wird paradoxer Puls gefunden.

Schwierigkeiten in der differentiellen Diagnose bereitet die chronische Herzbeutelentzündung, falls sichere objektive Zeichen fehlen, und die idiopatische Herzvergrösserung. Unterscheidungsmerkmale sind zu gewinnen durch genaue Feststellung der Lage des Spitzenstosses im Verhältnis zur linken Herzgrenze. Da indes chronische Perikarditis selbst Herzdilatation und Hypertrophie veranlassen kann, so ist die differentielle Diagnose sehr schwer. Systolische kratzende oder schabende Geräusche im zweiten

linken Zwischenraum berechtigen allein noch nicht zur Diagnose der Perikarditis.

2. Nervöse Störungen der Herztätigkeit beruhen auf angeborner oder erworbener allgemeiner Nervosität, psychischen deprimierenden Erregungen (Furcht herzkrank zu sein), geistigen und körperlichen Aufregungen, geistiger, mit Schlafmangel verbundener Tätigkeit, geschlechtlicher Ausschweifung, übermässigen Genuss von Alkohol, Tabak, Kaffee und Tee. Unfälle können direkt wie infolge sog. traumatischer Neurose zur nervösen Herzschwäche führen.

Subjektive Krankheitserscheinungen sind: Unbehagen, Atemnot, Wogen in der Herzgegend, Klopfen des Herzens und in den Arterien, Schwindel, Absterben von Händen und Füssen, Angstzustände bis zu den Erscheinungen der Angina pektoris, unruhiger Schlaf, ängstliche Träume, Appetitmangel und unregelmässige Verdauung, häufiger Harndrang, psychische Verstimmung, Unlust zu Tätigkeit, plötzlicher und rasch verschwindender sog. vasomotorischer Schnupfen und andere vasomotorische Störungen. — Objektive Krankheitserscheinungen sind: Am Nervensystem Zeichen erhöhter Erregbarkeit, starke Reflexe, unvollkommener Lidschluss; Puls kann regelmässig sein und von gewöhnlicher Frequenz auch bei subjektivem Herzklopfen, häufiger ist der Puls beschleunigt, seltener verlangsamt; oft ist er unregelmässig. Am Herzen keine Veränderungen, manchmal systolische Geräusche, Gesichtsfarbe meist blass. Die Erscheinungen der Schwäche des Zirkulationsapparates sind morgens nüchtern am stärksten.

Diagnostiziert wird nervöse Herzschwäche zu oft; oft liegt nur allgemeine Leistungsunfähigkeit vor. Alle organischen Herzkrankheiten müssen ausgeschlossen werden. Die Unterscheidung von beginnender organischer Herzkrankheit ist sehr schwer. Zur Unterscheidung lässt sich verwerten, dass schon geringe körperliche Anstrengungen organisch bedingte Erscheinungen verschlimmern, nervös bedingte unbeeinflusst lassen oder bessern. Positiv verwertbar

sind: Nachweis der Nervosität, Unstimmigkeit zwischen objektiven und subjektiven Erscheinungen, Fehlen von objektiv nachweisbaren Veränderungen der Herzgrösse und von Stauungserscheinungen namentlich in Leber und Nieren. Für Unterscheidung von Arteriosklerose kommt das jugendliche Alter in Betracht. Die auf nervöser Schwäche beruhenden Anfälle von Angina pektoris kennzeichnen sich durch andere Lokalisationen der Schmerzempfindungen, welche in beide Arme, auch den Unterleib ausstrahlen vom Herzen aus, während bei den echten stenokardischen Anfällen nur der linke Arm befallen zu sein pflegt, auch ist dabei die Atmung meist oberflächlich und der Urin reichlich (Urina spastica).

3. Idiopathische Herzvergrösserung verdankt ihre Entstehung zu reichlicher Ernährung, besonders Biergenuss oder starker Körperarbeit bei gleichzeitigem reichlichen Genuss geistiger Getränke. Akute, auf einmaliger Ueberanstrengung des Herzens beruhende Erweiterung kann in einen Dauerzustand übergehen. Subjektive Krankheitserscheinungen sind: Abnahme der Leistungsfähigkeit bei körperlichen Anstrengungen, Herzklopfen, Schwindel, starkes Klopfen der Halsgefässe, Kurzatmigkeit, Schmerzen in der Brust, namentlich der linken Seite, Erregbarkeit, Unfähigkeit die linke Seitenlage einzunehmen. In leichtern Fällen treten diese Klagen nur nach Anstrengungen hervor.

Objektiv gibt sich Erweiterung des Herzens kund durch Vergrösserung der Herzdämpfung. Bei einfacher Dilatation: weicher kleiner Puls, schwache Herztöne; Spitzenstoss kann kräftig sein. Bei gleichzeitiger Hypertrophie harter Puls, Herztöne oft unverändert. Verstärkung des zweiten Aortentons deutet auf Hypertrophie des linken, solche des Pulmonaltons auf Hypertrophie des rechten Ventrikels. Selten ist: Fehlen des Pulses in den Armarterien. Bei schwerer Dilatation: Stauungserscheinungen und unregelmässige Herztätigkeit.

Die Diagnose stützt sich auf die Herzvergrösserung bez. Hypertrophie nach Ausschluss sonstiger Ursachen, namentlich der Klappen- und Nierenerkrankungen und nach Ausschluss chronischer Perikarditis und Arteriosklerose. Differentiell zu berücksichtigen sind Herzstörungen in der Pubertät. Dabei fehlt Verstärkung der zweiten Töne und erhöhte Pulsspannung. Erscheinungen der Pubertät haben zudem einen nervösen Charakter.

4. Funktionelle Herzmuskelschwäche entsteht infolge Heredität, Blutarmut, übermässiger körperlicher Arbeit, übertriebenen Sports, häufiger starker nervöser Erregung, Alkoholvergiftung, Infektionskrankheiten, mangelnder Körpertätigkeit sowohl Magerer wie Fettleibiger.

Subjektiv treten nach Anstrengungen unbehagliche Gefühle in der Herzgegend auf mit Schmerz und Herzklopfen, Kurzatmigkeit, allgemeine Mattigkeit, Störungen des Appetits und der Verdauung, Kopfschmerz.

Objektiv besteht meist beschleunigte und unregelmässige Herztätigkeit, verbreiterter Spitzenstoss, Verstärkung desselben bei niederem Druck der Radialarterie (sog. Gegensatz), Galopprhythmus, oft Verstärkung des zweiten Pulmonaltons nach Anstrengung ohne sonstige Veränderung am Herzen.

Differentialdiagnostisch kommt in Betracht:

a) nervöse Herzschwäche; bei dieser ist der Puls aber gut gespannt;
b) leichte Myokarditis nach Infektionskrankheiten.

5. Chronische Myokarditis

kann sich von Anfang chronisch entwickeln oder entwickelt sich aus akuter Myokarditis nach Gelenkrheumatismus, Typhus, Scharlach, Diphtherie, Infektion mit Eiterkokken, Syphilis, wohl auch Influenza.

Subjektiv: Abnahme der körperlichen und psychischen Leistungsfähigkeit, abnorme Erregbarkeit, schon nach geringer Anstrengung auftretende Atemnot, Verdauungsstörungen, Stauungen in Lunge, Leber, Nieren und nervösem Kreislauf.

Objektiv: Frühzeitige Cyanose, Herzdilatation, weicher, niedriger Spitzenstoss, unregel- und ungleichmässige Herztätigkeit, fast stets beschleunigt, Herztöne schwach, rein, doch kann nach Jürgensen jedes Herzgeräusch dabei auftreten.

Die Diagnose ist in ausgesprochenen Fällen leicht, aber schwer ist die anatomische Grundlage zu bestimmen. Feststellung der Herzinsuffizienz gelingt leicht. Für das militärpflichtige Alter kommen differentialdiagnostisch ausser Klappenfehlern für beginnende Fälle die funktionellen Herzmuskelerkrankungen in Frage.

Veröffentlichungen a. d. Geb. d. Militär-Sanitätswesens. 22. Heft. Berlin. A. Hirschwald.

Rhythmische nickende Bewegungen des Kopfes, das Mussetsche Symptom, fand B. Herzog bei einem Fall von Aortenaneurysma sehr deutlich, bei einem zweiten angedeutet, bei drei Fällen von Aorteninsuffizienz sehr deutlich und bei einem vierten nur angedeutet. Er fand es aber auch ausgesprochen bei Patienten mit Atherom, bei Alkoholisten, bei interstitieller Nephritis und bei Hypertrophia ventriculi sin., bei Atherom. Er meint, dass Phänomen sei fast konstant bei Aortenaneurysmen und Aorteninsuffizienz, sowie bei erheblicher Drucksteigerung aus andern Gründen, es komme aber auch in Fällen von nur örtlicher Steigerung des Druckes hier und da vor. Für alle diese Fälle (Lues, Atherom der Hirnarterien etc.) werde es zuweilen semiotisch einen gewissen Wert haben, da es zu sorgfältigster Untersuchung des Zirkulationsapparates mahne. D. m. W. p. 229.

Rhythmische Stösse des Kopfes von rechts nach links und von hinten nach vorn sind physiologische Erscheinungen, kommen aber auch bei Aorteninsuffizienz und andern mit Hypertrophie des linken Ventrikels einhergehenden Krankheiten vor. Bei Aneurysmen der Aorta ascendens, der Subclavia und des Truncus anonymus beobachtet man

ausser den erwähnten Stössen auch solche von links nach rechts, welche für diese Aneurysmen nach Bocciardo pathognomonisch sind. M. m. W. p. 90.

Bei einem Aneurysma des absteigenden Teils der Aorta konnte Kronecker mittelst der Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen (Diaskopie) die Diagnose bestätigen, welche sich bis dahin nur auf den Druck auf den sechsten Interkostalnerven, auf die infolge Schmerzhaftigkeit bei Bewegungen angenommene steife Haltung und Schmerz beim Schlucken zu stützen vermochte. Vereinsbeilage der D. m. W. p. 374.

Die nicht allzu seltenen Verengerungen der linken Arteria pulmonalis an der Kreuzungsstelle mit dem linken Hauptbronchus, meist auf Schrumpfung infolge tuberkulöser Prozesse beruhend, kann man nach Mader diagnostizieren auf Grund eines systolischen Geräusches über der Auskultationsstelle der Art. pulmonalis und der Accentuierung des zweiten Pulmonaltons. Nur selten findet sich sekundär eine Hypertrophie und Dilatation des rechten Ventrikels. W. m. W. Nr. 1.

Bei einer Vergleichung von Riva-Roccis Sphygmomanometer und Gärtners Tonometer kommt A. Martin zu dem Schluss, dass man den allgemeinen Blutdruck, d. h. den in den grossen Gefässen herrschenden, und zwar den maximalen, genau nur durch Messung am Oberarm nach Riva-Roccis Methode mit 10 cm breitem Schlauch bestimmen kann, nach dem Gärtnerschen Prinzip der Messung bei Verwendung eines Riva-Roccischen Kompressionsschlauches an der ersten Phalanx des leicht gebeugten Mittelfingers aber bei Auftreten einer plötzlichen Röte an der Fingerkuppe an warmen Händen einen etwas niederen Wert findet, welcher sich aus dem Druck der Fingerarterie und dem zur

Ueberwindung der Weichteile nötigen zusammensetzt. M. m. W. p. 1073.

Das Wesentliche des Adam-Stockesschen Symptomenkomplexes liegt nach Untersuchungen von Luce in der Bradycardie; die nervösen Begleitsymptome wechseln und stellen die Reaktion des Zentralnervensystems auf die toxische oder infektiöse Schädigung dar. Arteriosklerose ist zum Zustandekommen des Komplexes nicht unbedingt erforderlich. Der Komplex kann in jedem Lebensalter bei einer organischen oder funktionellen Herzerkrankung auftreten. Der Verlauf ist akut, subakut oder chronisch recidivierend. D. A. f. kl. M. 74. Bd. 3. H.

Aortenaneurysmen werden nach Arnsperger in erster Linie durch Lues veranlasst. Anstrengungen, akute und chronische Infektionskrankheiten sowie Intoxikationen mit Alkohol, Nikotin, Blei, Jod und Quecksilber, Klima, Ernährung, Beschäftigung etc. treten dagegen vollkommen zurück. Alokohl und Trauma kommen wohl für diffuse Aneurysmen in Betracht, circumscripte aber sind fast ausnahmslos auf Lues zurückzuführen. D. A. f. kl. M. 78 Bd. 5. N.

Nach N. Golubow muss ein ohne sichtbare Ursache sich entwickelnder hartnäckiger spasmotischer Husten mit sekundären Erscheinungen von Katarrh und Symptomen, welche auf Entwicklung von Emphysem hinweisen, immer an die Möglichkeit mahnen, dass eine Aortenerweiterung vorliegt, besonders wenn es sich um einen ältern Menschen handelt, bei welchem man Atheromatose der Aorta oder eine luetische Affektion voraussetzen kann. Bei starker Entwicklung des Emphysems und unbedeutender Aortenerweiterung ist Pulsieren und Schalldämpfung oft nicht deutlich ausgesprochen, doch findet sich da zuweilen eine Differenz am Puls beider Radialarterien, ein Hervorragen der

rechten Subklavia und Pulsieren der Aorta in der Fossa jugularis. Die Diagnose wird dadurch erschwert, dass oft, selbst bei bedeutender Aortenaffektion, das systolische Geräusch fehlt. D. m. W. p. 717.

Arteriosklerose ist auch im jugendlichen Alter nicht so selten, wie meist angenommen wird, nach Simnitzky, welcher sie bei 27,5 Prozent aller Untersuchten unter 25 Jahren im Anfangsstadium fand. Als Ursache derselben sieht S. die vielen Schädlichkeiten an, welche die Gefässwände während des Lebens erleiden. Z. f. Heilk. 24. Bd.

Die Anfangserscheinungen der Arteriosklerose der untern Extremitäten pflegen, wie Zoege v. Manteuffel ausführt, in Parästhesien, Ameisenlaufen, Vertauben, blitzartig schiessenden und krampfartigen Schmerzen und Zirkulationsstörungen zu bestehen. An der Sohle findet man oft rote ödematöse Flecke, Abschilferung der Haut und Veränderung an den Nägeln; bei weiter fortgeschrittener Erkrankung finden sich auch Veränderungen am Gefässrohr und am Puls, der völlig unfühlbar sein kann. Infolge mangelhafter Ernährung der Muskulatur treten die als „Claudikation intermittende" von Charcot oder als „intermittierende Ataxie' oder „Dysbasie' von Erb beschriebenen Erscheinungen auf. Schon wenige Minuten nach begonnener Bewegung stellte sich in den Beinen Ermüdung ein, welche nach kurzer Ruhe wieder verschwindet, sofort nach erneuter Bewegung aber wieder auftritt; selten besteht unter Krampf der Hoden- und Fussmuskulatür vorübergehend völlige Unfähigkeit der Bewegung. In den schwersten Fällen tritt Gangrän ein. Mitt. a. d. Grenzb. f. M. u. Ch. 10. Bd. 3. H.

Zur Registrierung des Pulses hat O. Frank einen Spiegelsphygmographen angegeben.

Die Bewegung der Arterienwand wird ähnlich wie bei Mareys Sphygmographen auf den Spiegel übertragen. Auf die Radialis drückt eine Pelotte, welche sich an einer Feder befindet. Die Pelotte ist mit dem Hebelarm des Spiegels direkt durch feste Achsen verbunden. Der Aufnahmeapparat besteht aus einem kleinen Kymographium, dessen Trommel lichtdicht in einen Kasten eingeschlossen ist, in dessen vorderer Wand sich ein Spalt befindet, durch welchen die Spiegelstrahlen auf ein Tageslichtfilmröllchen übertragen werden. Als Lichtquelle dient eine Nernstlampe. M. m. W. p. 1809.

Einen Apparat zur Kontrolle des Pulses in der Narkose hat G. Gärtner angegeben. Bei demselben wird der Puls der Radialis mittelst einer Feder auf einen Hebel übertragen, welcher die Bewegungen in 600facher Vergrösserung auf einem Zifferblatt erkennen lässt. (Zu haben beim Mechaniker Castagna, Wien, Physikal. Institut. Preis 80 M.) M. m. W. p. 1017.

Pulsus paradoxus ist stets eine pathologische Erscheinung und hat nach F. Riegel drei Ursachen: 1. mechanische inspiratorische Kompression der grossen Gefässe (bei Kussmauls Mediastinoperikarditis), 2. abnorme Höhe des inspiratorischen negativen Drucks bei Stenosen der obern Luftwege, Bronchitis capillaris, Pneumonie und vielleicht bei Pleuraexsudaten, 3. verringerte Widerstandskraft des Herzens bei Rekonvaleszenten und Emphysematikern mit Herzinsufffizienz. D. m. W. N. 20.

Ueber die praktische Bedeutung der Pulsverlangsamung bei Typhus hat Quadrone an 437 Typhuskranken Beobachtungen angestellt. Danach ist relative Bradykardie im Verhältnis zur Temperatur nicht selten, aber nur bei erwachsenen Männern. Zuweilen besteht auch eine absolute, während der ganzen Erkrankung an-

dauernde Bradykardie. Bradykardie ist eine Eigentümlichkeit leichterer Fälle und gestattet bei regelmässigem Pulse eine günstige Prognose. Bevor der Puls zur Norm zurückgekehrt ist, darf man den Typhus, auch bei bereits mehrtägiger Apyrexie, nicht als geheilt ansehen. Morgagni. April.

VII. Verdauungsapparat.

Die unmittelbare Beleuchtung der Bauchhöhle, der Harnblase, des Dickdarms und der Gebärmutter zu diagnostischen und operativen Zwecken behandelt v. Ott. Dieser benutzt zu den Laparotomien und bei den häufigern vaginalen Operationen eine elektrische Stirnlampe mit Reflektor. Muss aber eine genaue Besichtigung von Darm, Netz, Tuben, Ligamenten oder Eierstöcken stattfinden, so bedient er sich Spiegel verschiedener Grösse und Länge mit elektrischen Lampen, welche bei Beckenhochlagerung bis in die Bauchhöle eingeführt werden. Auch Magen, Leber, Colon transversum und andere Organe bringt so v. Ott zur Besichtigung; man begünstigt hierbei das Zurücksinken der Gedärme nach dem Zwerchfell hin dadurch, dass man die Bauchwand in Nabelhöhe mit Musseauxscher Hakenzange aufhebt. Diese Beleuchtung nennt v. Ott „Kentioskopie". Auch das Rektum, der untere Dickdarm wird mit besonders geformten Spiegeln mit angepassten elektrischen Lampen sichtbar gemacht. Mtsschr. f. Geburtsh. und Gyn. 18. Bd. 5. H.

Den diagnostischen Wert der Rigidität der Bauchdecken schlägt J. Blake sehr hoch an, da sie ein sehr frühes Zeichen schwerer Schädigung des Bauchfells darstellt, wie auch mehrere vom Vf. beigebrachte Krankengeschichten beweisen. So wurde bei einem Patienten, bei welchem durch Fall ein sofort reponierter Leistenbruch entstanden war, lediglich auf Grund der Rigidität der Bauchdecken, laparotomiert und eine Blutung des Mesenteriums gefunden. Bei chronischer Peritonitis fehlt Verstei-

fung der Bauchmuskeln, nicht aber bei diffuser Peritonitis. Sie wird kleiner, wenn sich eine Abkapselung bildet; bei sekundären Abszessbildungen fehlt sie meist. Wie vorhandene Rigidität die Diagnose einer Schädigung des Bauchfells stützt, so erschüttert sie das Fehlen derselben. Vf. berichtet einen Fall von Typhus, bei dem plötzlicher Schmerz, Kollaps, Spannung und Pulsfrequenz auf intestinale Perforation hinwiesen, Rigität der Bauchmuskeln aber fehlte. Die Laparatomie ergab dann auch normale Verhältnisse am Darm; Patient genas. Zuweilen findet sich auch Rigidität der Bauchmuskeln bei Entzündungen in der Bauchhöhle wie z. B. Pleuritis am Zwerchfell. Da entzündliche Schwellung der Leber gleiche Erscheinungen hervorrufen kann, so ist in solchen Fällen die Diagnose schwierig. Newyork m. J. 3. Jan.

Die Untersuchung des Bauchs in Knieellenbogenlage empfiehlt Heddaeus nicht nur bei Untersuchung per vaginam oder per anum, sondern auch während der Palpation. Lage und Consistenz der Eingeweide, freie oder abgesackte Flüssigkeitsansammlungen und Tumoren werden so leichter erkannt. Man umgreift entweder den Leib von beiden Seiten, während man sich von hinten über den Rücken des Patienten neigt, oder führt, neben demselben stehend beide Hände nebeneinander oder eine Hand direkt, die andere über den Rücken hinweg von der anderen Seite um den Bauch. D. Medizinal-Z. 13. Aug.

Zur Differentialdiagnose zwischen Gastroptose u. Gastrektasie bemerkt J. Bendersky, es liege stets Gastroptose vor und Gastrektasie sei ausgeschlossen, wenn die untere Magengrenze beim Aufrechtstehen des Patienten, verglichen mit dem Befund bei wagerechter Lagerung regelmässig eine beträchtliche Tieferstellung zeige. W. m. W. Nr. 13.

Von derselben Wichtigkeit wie die Hämatemesis oder die Melaena ist nach Boas für die Diagnose

des Ulcus ventrikuli der Nachweis occulter Blutanwesenheit in den Faeces: 5—10 g. derselben werden, mit 20 ccm Aether von Fett befreit, dann wenn breiig, ohne weiteres, wenn hart, nach Verdünnung mit Wasser in einem Reagenzglas mit 3—5 ccm Eisessig übergossen und nochmals mit Aether (ohne Alkohol) extrahiert. Dem Aether werden dann einige Körnchen gut pulverisierten Guajakharzes zugefügt, sorgfältig geschüttelt und dann 20—30 Tropfen verharzten Terpentinöls zugesetzt. Nach kurzem Schütteln und Stehenlassen bildet sich allmählig Violett- bis Blaufärbung, welche bei Zusatz von Chloroform noch deutlicher ausfallen kann. — Da der blasse Farbton in Stühlen zuweilen durch braune Nüanzen verschleiert wird, so verwendet man besser Aloin statt Guajakharzes. Zu dem essigsauren Aetherextrakt der Faeces fügt man 20—30 Tropfen Terpentinöl, dann 10—15 Tropfen einer frisch bereiteten Aloinlösung (eine kleine Messerspitze Aloin wird unter leichtem Schütteln in 3—5 ccm 60—70-proz. Alkohols gelöst). Bei Blutanwesenheit tritt bald hellrote, später kirschrote Färbung ein; bei Fehlen von Blut färbt sich die Mischung frühestens in 1—2 Stunden leicht rosa und bleibt bis dahin gelb. D. m. W. p. 865.

Der Nachweis von Blut im Stuhl gelingt nach O. Rossel, auch wenn nur 10 ccm Blut in den Magendarmkanal gelangten, ganz sicher durch eine alkoholhaltige wässerige Barbados-Aloinlösung, welche zu altem Terpentinöl zugesetzt wurde. R. führte so den Blutnachweis bei einer Reihe von Fällen mit Verdacht auf Ulcus ventriculi, in denen der Stuhl Blut nicht vermuten liess und solches spektroskopisch nicht nachzuweisen war. Es dürfen vor Anstellung des Versuchs natürlich nicht grössere Mengen blutigen Fleisches, Blutwurst und andere bluthaltigen Nahrungsmittel genossen werden. D. A. f. kl. Med. 76. Bd. 6. H.

Das callöse Magengeschwür ist wie A. Brenner hervorhebt, nur dann leicht zu diagnosti-

zieren, wenn man Verdickungen an der vorderen Magen- oder Bauchwand tasten kann; solche an der hintern Magenwand sind vom Pankreas und der Wirbelsäule meist nicht deutlich zu unterscheiden. Wenn kein Tumor und keine Verdickung zu tasten ist, so bleiben für die Diagnose nur die übrigen Zeichen des Magengeschwürs: Bluterbrechen und Meläna, sowie starke Magenschmerzen, bald nur nach der Mahlzeit, bald kontinuierlich, weiter rasche Abmagerung und endlich Erfolglosigkeit der inneren Behandlung. A. f. Ch. 69. Bd. p. 704.

Zur Diagnose des Sanduhrmagens bemerkt G. Rosenfeld von den klinischen Symptomen sei 1. Auftreten einer Querfurche selten und trügerisch (Petersen), 2. die zuerst auftretende Füllung des cardialen und dann erst des pylorischen Teils beim Aufblasen nicht charakteristisch, 3. Abfliessen einer neuen Speisemenge beim Lagewechsel, nachdem beim Spülen schon ganz klares Wasser erhalten worden sei, auch beim einfach ektatischen Magen beobachtet worden, 4. auch absatzweises Herausbringen erst angedauter Speisen (Inhalt des ersten Magens), dann stark verarbeiteter (aus dem zweiten Magen) oder nach den genossenen Gerichten gesondertes Erbrechen nicht charakteristisch. Für diagnostisch verwertbar erklärt aber R. einen Befund wie er ihn in einem Röntgenbild erhielt: Eine Kuhnsche Spiralsonde legte sich in der gewohnten Krümmung an eine Stelle, welche nicht in der Magengegend war, da unter der Sonde noch eine helle mit Speisebrei teilweise gefüllte Grotte zu sehen war, in welche die Spiralsonde nicht eindringen konnte, während eine weiche Sonde Speisen daraus hervorholte. Die Diagnose wurde später durch die Sektion bestätigt. Vereinsbeilage der D. m. W. p. 45.

Die Diagnose des Magenkarzinoms wird nach H. Salomon gestützt, wenn die Waschflüssigkeit des Magens (400 ccm physiologische Kochsalzlösung wiederholt gegossen, dann wieder zurück gehebert) am Morgen, nachdem am Abend vorher der

Magen bereits gründlich ausgewaschen ist, mit Esbachs Reagens alsbald eine flockige Trübung gibt oder ihr Stickstoffgehalt 20 mg in 100 Waschwasser übersteigt. Doch hält es J. für möglich und sogar wahrscheinlich, dass auch ein intensiver chronischer Katarrh zu beträchtlicherer Eiweissausscheidung auf der Magenoberfläche führt. D. m. W. p. 546.

Eine neue Methode der quantitativen Peptonbestimmung von Volhard besteht in einer Abänderung der gewichtsanalytischen Methode von Thomas und Weber. Der ausgewaschene Niederschlag wird nicht gewogen, dagegen der Säuregrad des Filtrats bestimmt; dieser steigt proportional der Einwirkung des Pepsins auf die Kaseïnlösung.

Volhard erachtet die Bestimmung der gebundenen Salzsäure im Magenrest mit Phenolphthaleïn als Indikator für nicht zulässig, da hierbei auch laugebindende Peptone noch als Säuren gelten. Er hält Alizarin oder Lakmus für geeignete Indikatoren für die Bestimmung der Gesamtazidität. M. m. W. Nr. 49 u. 50.

Urobilin fand A. Meinel wiederholt im Magensaft eines Tabeskranken. Der Magensaft hatte eine rosenrote Färbung. Zur Entstehung von Urobilin im Magen des Lebenden sind erforderlich hoher Salzsäuregehalt, Eintreten frischer Galle in den Magen und längeres Verweilen der Galle im Magen. N. f. i. M. N. 13.

Entgegen Nirenstein und Schiff, welche das Verfahren der klinischen Pepsinbestimmung nach Mette für unbrauchbar erklärten und vorschlugen, die Verdauungsproben an dem 16fach verdünnten Magensaft anzustellen, fand O. Kaiserling das Mettesche Verfahren durchaus brauchbar. B. kl. W. p. 1007.

Bei Magenkarzinom fand Lang, wie vor ihm schon Janowski, in 17 Fällen die Widerstands-

fähigkeit der roten Blutkörperchen gegen Kochsalzlösungen erhöht. Z. f. kl. M. B. 47. H. 1.

Nach Beobachtungen von Fest (Hounduras) können bei Malaria, und zwar nicht erst bei eingetretener Malariakachexie, sondern schon frühzeitig Magen- und Darmblutungen mit Ikterus auftreten. Das Krankheitsbild war das der Komatosa; Verwechslungen solcher Malariaformen mit Gelbfieber sind leicht erklärlich. Die Diagnose wird durch den Nachweis von Malariaplasmodien im Blute gesichert. The Journal of tropical Med. 16. Febr.

Die bei Eiweisszerfall mit Chlor bez. Brom entstehende rotviolette Farbenreaktion, das Proteinochrom lässt sich nach P. Erdmann und H. Winternitz klinisch und bakteriologisch verwerten; Proteinochrom entsteht a) bei der Pankreasverdauung: Fermentwirkung, b) bei der Eiweissfäulnis: Bakterienwirkung. Versetzt man eine eiweisshaltige Flüssigkeit, z. B. Peptonwasser mit Pankreassubstanz oder käuflichem Trypsin, so erfolgt bei Ausschluss der Fäulnis (durch Thymolzusatz) reichliche Proteïnochrombildung; ebenso wenn man Peptonwasser zwei Tage im Brutschrank hält, ohne den Eintritt der Fäulnis zu behindern. Ist die Fäulnis zu intensiv, so wird der Proteïnchromkörper wieder zerstört. Da Brom im geringsten Ueberschuss Eintritt der Farbreaktion verhindert, empfehlen E. und W. gesättigtes und möglichst frisch bereitetes Chlorwasser. Da alkalische Reaktion der Flüssigkeit die Farbenreaktion hindert, setzt man vor Zugiessen des Chlorwassers etwas Essigsäure zu. Da Proteïnochrom gleichzeitig mit Leucin und Tyrosin entsteht, so weist die Farbenreaktion zugleich diese Amidosäuren nach. Vff. fanden das Proteïnochrom im hochgradig stagnierenden Mageninhalt, bei manchen Fällen von Magenkarzinom und in diarrhöischen Stühlen. Vff. prüften dann Kulturen einer grossen Zahl von Bakterien und fanden, dass einige Arten kein Proteïnochrom bilden, andere zeitlich verschieden zwischen 1 bis zu 5 bis 10 Tagen. Vff. messen der Reaktion eine differentialdiagnostische Bedeutung bei, indem

der zeitliche Verlauf und die Art des Eiweissabbaus keinen Schluss auf die vorliegende Bakterienart gestattet. So bildet Bakt. coli commune kein Proteïnochrom (dagegen Indol schon am ersten Tage). Im Gegensatz dazu ist in Kulturen des Typhusbazillus Proteïnochrom schon am 2. Tag nachweisbar, Indol aber am 14. Tage noch nicht. M. m. W. p. 982.

Die Diagnose des chronischen Magensaftflusses ist nach Rollin nur zu stellen, durch Aushebern des nüchternen Magens. Hebert man nach dem Probefrühstück aus, so erhält man Mageninhalt, welcher z. T. auf Atonia ventriculi, z. T. auf Gastritis acida schliessen lässt, aber keine typischen Erscheinungen für Gastrosuccorrhöe bietet. Der Inhaltsbefund des nüchternen Magens dagegen ist sehr charakteristisch: Es schiessen gewöhnlich nach Einführen des Schlauches ohne besonderes Pressen des Pat. 50—200 ccm Mageninhalt heraus, welcher durch eine Punktalge grünlich gefärbt ist. Hebert man den entleerten Magen wiederholt nach 5—10 Min. aus, so findet man den Magen nie leer, sondern immer ein ähnliches Ergebnis. Gewöhnlich setzen sich aus dem Mageninhalt gut verdaute Reste des am Tage zuvor genommenen Brotes oder Gemüses, aber nicht des Fleisches am Boden des Glases ab. Damit ist die absolut sichere Diagnose des Magensaftflusses gegeben. B. kl. W. p. 625.

Einen Apparat zur Aspiration von Mageninhalt hat Rosenau konstruiert (Vertrieb: Med. Warenhaus. Berlin N.). Eine den Soxhletschen Milchflaschen ähnliche mit Masseinteilung versehene Flasche trägt nahe dem Halse einen Fortsatz, an welchen die Schlundsonde befestigt wird. Der Flaschenhals wird durch ein Hartgummistück verschlossen, welches zu einer darüber befindlichen Gummibirne 3 Ventile trägt, durch deren verschiedene Stellung Aspiration, und wenn die Sonde durch Schleim oder Speisebröckel verstopft ist, deren Zurückdrängung möglich ist. Vereinsbeilage der D. m. W. p. 375.

Für die Salzsäurebestimmung des Mageninhalts empfiehlt O. Reissner folgendes

Verfahren, welches im wesentlichen das von Martius und Lüttke angegebene ist:

Zunächst wird mittelst $^1/_{10}$ Normallauge die Azidität des Filtrats vom Mageninhalt mittelst Lakmus bestimmt, dann die gleiche Menge Mageninhalt mit der ermittelten Menge $^1/_{10}$ Normallauge in einem Platintiegel eingedampft und vorsichtig verkohlt, die Kohle dann angefeuchtet zerrieben, mit heissem Wasser ausgelaugt und in ca. 200 ccm Filtrat das Chlor dadurch bestimmt, dass man 20 ccm einer $^1/_{10}$ Silberlösung zusetzt, auffüllt und filtriert, vom Filtrat 100 ccm abnimmt und solange vorsichtig $^1/_{10}$ Rhodanammoniumlösung zusetzt, bis eine bleibende leichte Gelbrotfärbung die Ueberführung des sämtlichen überflüssigen Silbernitrats in Rhodansilber anzeigt. (a.) Dann wird das gleiche Verfahren mit der gleichen Menge nicht neutralisierten Magensaftes und 10 ccm Silberlösung ausgeführt. (b.) Endlich wird der Gesamtchlorgehalt dadurch ermittelt, dass man 10 ccm Mageninhalt direkt mit 20 ccm Silberlösung versetzt, filtriert und mit Rhodanammonium nach Volhard titriert. (c.)

Es ist dann die ausgeführte Bestimmung a = Salzsäure + feste Chloride, b = feste Chloride, c = Gesamtchlorgehalt, ferner a - b = Salzsäure und a - c = flüchtige Chlorverbindungen. Bei diesem Verfahren entspricht der nach dem Probefrühstück bei Abwesenheit organischer Säuren mittelst Lakmus gefundene Säurewert der freien und an Eiweiss gebunbundenen Salzsäure. Nach der Riegelschen Probemahlzeit ist der Wert etwas höher infolge der zweifach sauren Phosphate. Ztschr. f. kl. M. 48. Bd. 1. H.

Nach J. Pal ist der „Darmschmerz" eine vom Kranken in den Darm verlegte Empfindung, welche ausserhalb des Darms ausgelöst wird und zwar durch Zerrung des Mesenterium bez. Peritoneum parietale (bei der typischen Kolik, der Enteroptose etc.), oder auch Spannung desselben, oder durch Uebergreifen von entzündlichen Prozessen auf dasselbe. Die Empfindung des Darmschmerzes entsteht

ferner durch Erregung der schmerzempfindlichen Teile des Sympathikus, spez. im Sonnengeflecht, und endlich indirekt durch Erregung der Vasomotoren des Darms bez. Kontraktion der Darmwandgefässe, namentlich bei erkranktem Gefässapparat. Zu diesem Typus gehören gewisse Intoxikationskoliken (Bleikolik) und zum mindesten eine Gruppe von Krisen. Das wichtigste Merkmal dieser Arten von Druckschmerz ist, dass sie mit bedeutender Erhöhung der Gefässspannung einhergehen, welche um die Hälfte und das Doppelte höher ist, als im völlig schmerzfreien Stadium. W. m. Pr. Nr. 2.

In drei Fällen fand M. Chaput bei Laporotomien an Stelle der diagnostizierten Appendicitis Perforationen des Ileum, von denen zwei auf typhöser Basis beruhten. Durch derartige übersehene Perforationen erklärt Ch. einen Teil der Todesfälle nach Appendicitisoperationen; bei letztern sollte deshalb der Darm planmässig nach Perforationen abgesucht werden. Gaz. des hôp. Nr. 9.

Multiple Darmstenosen beruhen nach den Untersuchungen von H. Schlesinger auf Tuberkulose, Lues, Karzinom oder dysenterischen und follikulären Ulcerationen. An multiple Darmstenosen muss man denken, wenn 1. mehrfache Beobachtung fast gleichzeitig Steifung von einander entfernter Darmschlingen ergibt; 2. diese Steifungen bei verschiedenen Anfällen dieselbe Lokalisation zeigen; 3. die Kontraktionen unter Abgang von Darmgasen stets denselben Verlauf haben. Bei Lues oder Tuberkulose als Grund des Leidens, pflegen jahrelang immer heftiger werdende Kolikfälle aufzutreten, bei welchen an verschiedenen Stellen des Abdomens schmerzhafte Darmsteifung beobachtet wird und zugleich Obstipation besteht; allmählich werden die Schlingen weicher, es stellt sich Darmgurren ein und der Anfall geht vorüber. Zbl. f. i. M. Nr. 2.

Als Ursache einer Darmstenose bei einem Knaben, bei welchem eine partielle Intussusceptio

links diagnostiziert worden war, ergaben sich, wie Steinhauer berichtet, mehrere grosse Knäuel von Täniengliedern, welche spontan entleert wurden. Der Knabe hatte früher nie Wurmabgänge gehabt. D. m. W. p. 409.

Appendicitis wird nach H. Küttner jetzt zuweilen diagnostiziert, wo gar keine besteht. So wurde in der v. Brunsschen Klinik in den letzten Jahren dreimal bei Intervalloperationen ein völlig gesunder Wurmfortsatz gefunden. Bei diesen Fehldiagnosen handelt es sich zum Teil um schwer nervöse oder neuropathisch veranlagte Leute mit Druckschmerz in der Ileocoekalgegend ohne typische Anfälle. Es können aber auch typische Anfälle vor der Operation dagewesen sein: dann sind sie ohne Hinterlassung von Veränderungen vorübergegangen oder die Anfälle waren in der Tat gar keine Appendicitisanfälle, sondern Darmkoliken. Der Mc Burneysche Punkt, ebenso die walzenförmige Resistenz in der Ileocoekalgegend sind nur mit Vorsicht zu verwerten; letztere beruht nicht selten auf umschriebener Muskelkontraktion der seitlichen Teile des M. rectus. Auch die Vorwölbung der Regio ileocoecalis ist kein sicheres Zeichen: sie kann durch Dehnung des Coecum bei Gasansammlung im Dickdarm bedingt sein; sie findet sich bei katarrhalischen, aber auch rein funktionellen Darmleiden. Beitr. z. kl. Ch. 37. Bd. p. 323.

Als neues wichtiges Zeichen der eitrigen und brandigen Formen der Epityphlitis bezeichnet E. Küster die „starre Feststellung der Bauchwand in der rechten Darmbeingrube". „Stellt man sich bei guter Beleuchtung an das Fussende des auf dem Rücken liegenden Kranken und fordert man ihn zu tiefem Einatmen auf, so bemerkt man, auch wenn die Schmerzhaftigkeit nur eine mangelhafte Befolgung dieser Anweisung zulässt, einen deutlichen Unterschied zwischen beiden Bauchseiten. Während die linke Unterbauchgegend sich deutlich vorwölbt, bleibt die

Inguinalgegend meist vollkommen in der Ebene, welche sie auch bei der Exspiration einnimmt." Küster hat dieses Zeichen bei appendicitischer Eiterung nie vermisst, seit er auf dasselbe aufmerksam geworden ist, und mehrfach, als er nur auf dieses Symptom hin einschnitt, den Abszess gefunden. Küster erklärt das Symptom für noch wichtiger, als das von Curschmann beschriebene: die zunehmende Leukocytose, weil es ohne Aufenthalt und zeitraubende Untersuchung rasch Klarheit bringt. — Ausser der respiratorischen Bauchdeckenstarre, deren Entstehung auf der mit der Eiterung einhergehenden kleinzelligen Infiltration in dem extraperitonealen Gewebe beruht, verwertet Küster für die Diagnose noch Gesichtsausdruck, Puls, Temperatur, Verdauungsstörungen, den örtlichen Schmerz, die Entzündungsgeschwulst und das Bauchdeckenödem. D. Z. f. kl. Ch. 67. Bd. p. 447.

Bei Appendicitis hat I. Peiser in 11 Fällen 9mal deutliche Sensibilitätsstörung in der rechten Unterbauchgegend gefunden: 6mal Hypaesthesie, 2mal Hyperaesthesie und 1mal anfangs Hyp-, dann Hyperaesthesie. Die Hautbezirke sind nicht streng abgegrenzt. M. m. W. p. 1765.

Den für die Diagnose der Perityphlitis als wichtig angesehenen Mc. Burneyschen Punkt findet man in einer Linie zwischen Nabel und Darmbeinstachel 6 cm vom letztern nach einwärts. Nach der D. mil.-ärztl. Z. p. 427. (Schönwerth.)

Reisinger macht mit Nothnagel Front gegen die Auffassung, dass es vom Coecum ausgehende akute Perityphlitis, sozusagen typhlitische Perityphlitis nicht gebe. Diese Fälle sind allerdings sehr selten, aber sie kommen vor. Reisinger beobachtete zwei solcher Fälle unter 350 Fällen operativ behandelter Epityphlitis, in welchen sich nur das Ooecum bei der Operation als erkrankt erwies. M. m. W. p. 1722.

Nach Hermes, welcher in 40 von 75 Fällen gynäkologischen Erkrankungen, welche

Laparotomie bedingten, auch Veränderungen am Wurmfortzatz feststellte, besteht diese Erkrankung: a) in chronischer Entzündung der Schleimhaut mit abnormem Inhalte; b) in Verwachsungen, welche oft zu sekundärer Erkrankung führen. Die Erkrankungen können voneinander unabhängig sein oder von einem Organ auf das andere fortgeleitet werden. Die häufigste Art der Fortleitung ist die von den primär erkrankten Genitalorganen auf den Wurmfortsatz. Bei jeder Laparotomie wegen Genitalerkrankung ist es ratsam, sich vom Zustand des Wurmfortsatzes zu überzeugen und bei Erkrankung denselben zu entfernen, wenn hiergegen nicht Kontraindikationen bestehen. D. Z. f. Ch. 68. Bd. p. 191.

Ueber die Leukocytose bei Perityphlitis gewann H. Goetjes folgende Resultate: Andauernde hohe Leukocytose (20—30000) bei Perityphlitis deutet stets auf einen eitrigen Prozess, wenn nicht sonstige Leukocytose erregende Komplikationen vorhanden sind.

Zeigt sich bei Perityphlitis mit schweren klinischen Erscheinungen eine normale oder geringe Leukocytose, so ist dieses ein signum malum.

Diese Regeln gelten nur für Fälle, in denen ein zirkumskripter Abscess vorliegt; bei diffuser Peritonitis verliert die Leukozytenzählung ihren Wert.

Im Verein mit den anderen klinischen Symptomen erachtet G. die Leukocytenzählung, bei Perityphlitis, wenn alle anderen eine Vermehrung der weissen Blutkörperchen herbeiführenden Momente auszuschliessen sind, für ein brauchbares Hilfsmittel für die Beurteilung der Schwere des Falles. M. m. W. p. 723.

Zur diagnostischen Bedeutung der Leukocytose bei Appendicitis bemerkt Wassermann, er sei mit Curschmann darin einverstanden, dass hohe Leukocytenzahlen bei Appendicitis auf einen Eiterherd hinweisen und eine Operation rechtfertigen, auch wenn Temperatur, Puls und Allgemeinbefinden

nicht für einen Eiterherd sprechen. Doch ist die Leukocytenmenge auch bei sicher vorhandener Eiterung zuweilen eine relativ geringe. A. f. kl. Chir. 69. Bd. 1. und 2. H. (Festschr. f. v. Esmarch.)

Die diagnostische Bedeutung der Leukocytenwerte bei den vom Blinddarm und Wurmfortzatz ausgehenden entzündlichen Prozessen hat E. Stadler an 70 neuen Fällen von Perityphlitis studiert: Das Verhalten der weissen Blutkörperchen liess in der Mehrzahl aller akuten Fälle von Appendicitis die mit einfacher, sog. fibrinöser Exsudation einhergehenden Formen von den zur Abszedierung kommenden sicher unterscheiden. Bei erstern trat höchstens anfangs und vorübergehend eine beträchtliche Leukocytenvermehrung (nicht über 23 000) auf. Dagegen zeigten, wenn andere Leukocytose hervorrufende Prozesse ausgeschlossen werden konnten, von Anfang an oder im Krankheitsverlauf auftretende Leukocytenzahlen über 25 000 Eiterung an. Nach Entleerung oder fester Abkapselung des Eiters geht die Leukocytose zurück, bei sog. Eiterretention steigt sie. Im allgemeinen gehen die Leukocytenwerte der Ausdehnung des Entzündungsprozesses parallel, aber nicht den Körpertemperaturen und den subjektiven Krankheitserscheinungen. — Ein gleiches Verhalten zeigt die Leukocytose bei entzündlichen Prozessen des Beckenzellgewebes in der Nähe des Peritoneums. Für die Diagnose der allgemeinen Peritonitis ist die absolute Höhe der Leukocytenzahl nicht verwertbar, Foudroyant verlaufende Fälle mit tödlichem Ausgang zeigen geringere Leukocytose als die weniger stürmisch auftretenden, welche auch für die Operation infolge geringerer Schwächung des Organismus bessere Aussicht bieten. Mitt. a. d. Grenzgeb. d. M. u. Ch. 11. Bd. 3. H.

Die Angabe von Curschmann, dass starke Leukocytose bei Perityphlitis auf Eiterung hinweist, fand Sauerbruch in 9 Fällen bestätigt. Von ausschlaggebendem Wert für die Wahl des Zeit-

punkts der Operation kann die Leukocytenzählung in solchen Fällen sein, in denen weder Schwere der Lokalerscheinungen, noch das Allgemeinbefinden die Operation unbedingt erfordert. Im Verlauf der Erkrankung auftretende dauernde Vermehrung der Leukocyten kündet Abszessbildung an. Enorme Steigerung der Leukocytenzahl nach vorangegangener mässiger Steigerung lässt auch bei Abwesenheit schwerer Erscheinungen die Operation unaufschiebbar erscheinen. Corr.-Bl. des allg. ärztl. Vereins von Thüringen. Nr. 7.

L. Rehn bekämpft den Standpunkt von Curschmann, dass erst beim Ansteigen der Leukocytenkurve bei Appendicitis Gefahr im Verzuge bezüglich der Operation sei, und die Behauptung von Stadler, die Leukocytose sei ein weit regelmässigeres und sicheres Zeichen „für akute abszedierende Prozesse als alle übrigen klinischen Symptome". Man kann niedrige Leukocytenzahlen bei akuter foudroyanter Peritonitis finden. (Es sind dieses durchaus keine aussichtslosen Fälle bei zeitiger Operation.) Der frische perityphlitische Tumor zeigt einen infektiös-eitrigen Prozss im Peritoneum an: in diesem Stadium muss operiert werden. M. m. W. p. 2177.

Appendicitis verläuft nach Untersuchungen von Franke an 24 Fällen nur ausnahmsweise ohne jede Vermehrung der Leukocyten des Blutes. Ist die Leukocytose beträchtlich, oder tritt sie im spätern Verlauf der Krankheit auf, so ist Vorhandensein eines Abszesses sehr wahrscheinlich; auch dann, wenn die andern Symptome der Abszessbildung nicht ausgeprägt sind. Verwertung der Leukocytose als diagnostisches Hilfsmittel setzt wiederholte Zählung der Leukocyten voraus.

An 12 Fällen von Abdominaltyphus konnte Franke die von zahlreichen Autoren nachgewiesene Leukopenie bestätigen. Er erinnert auch an die Wichtigkeit der Leukopenie für die Differentialdiagnose zwischen Typhus und Appendicitis, wie ein

von Mühsam (D. m. W. 02. p. 534) berichteter Fall beweist. F. Förster hat die Leukopenie namentlich beim Typhus der Kinder schätzen gelernt, welcher meist raschern Beginn zeigt; zu einer Zeit, wo die Gruber-Widalsche und die Diazoreaktion noch nicht vorhanden waren (Mitte der ersten Woche), war ausgesprochene Leukopenie vorhanden. M. m. W. p. 348.

Anlässlich eines Falles, in welchem alle Erscheinungen auf Appendicitis hindeuteten, bei der Laparotomie sich aber akute Okklusion des Dickdarms ergab, stellt Cahier für die Diagnose folgende drei Punkte auf, welche für Appendicitis sprechen: 1. Hyperleukocytose bis 40000 ist bei Appendicitis stets vorhanden; 2. Wärmeapplikation lässt bei Appendicitis mit einem Eiterherd den Schmerz verschwinden; 3. bei Appendicitis beträgt der Temperaturunterschied in Achselhöhle und Mastdarm bis 1,4°, im Mittel aber 0,9°, während er normalerweise nur 0,6° beträgt. Rev. de chir. Januar.

Gleichzeitiges Vorkommen von zwei primären Krebsen — an Pylorus und Rektum — beobachteten Devis und Gallavardin bei einem 63jährigen Mann. Es handelte sich um Zylinderzellenkrebse ohne Metastase. Lyon med. Nr. 21.

Im Hinblick auf die Schwierigkeit einer frühzeitigen Diagnose des Krebses des Dickdarms einerseits und der Wichtigkeit derselben für die Therapie andererseits empfiehlt H. Littlewood bei Verdacht baldigst die Probelaparatomie auszuführen. Lancet. 30. Mai.

Für die Rektoskopie empfiehlt H. Strauss sein von L. H. Löwenstein in Berlin gebautes Insufflations-Rektoskop, dessen Konstruktion, Handhabung und Verwertung er (unter Beifügung einer Abbildung) eingehend schildert. B. kl. W. p. 1100.

Für die Differentialdiagnose zwischen nicht tuberkulöser (a) und tuberkulöser (b) Fistula ani gibt Gant folgende Merkmale:

Innere und äussere Mündung bei a klein und rund, in der Mitte einer Erhöhung gelegen, Ränder rot; bei b gross und dreieckig, Ränder cyanotisch, gegen die Mitte eingesunken.

Hinterbacken bei a gerundet, mit Fettpolster; bei b Haut unterminiert.

Haar an den Nates bei a normal; bei b üppig, lang und seidenartig.

Nägel bei a normal, bei b keulenförmig.

Gesicht, Ohren und Nase bei a normal; bei b Gesicht eingefallen, Nase erweitert, Ohren gross und vorstehend.

Stimme bei a natürlich, bei b belegt.

Gesichtsfarbe bei a robust, bei b krankhaft.

Gewichtsverlust bei a selten, bei b schnell und beträchtlich.

Sekretion bei a gering und gelb; bei b profus, weisslich und wässerig.

Einführung der Sonde verursacht bei a viel Schmerz; bei b wenig.

Appetit bei a normal, bei b gering.

Verdauung bei a gut; bei b schlecht.

Schlaf bei a natürlich; bei b unterbrochen und durch Nachtschweisse gestört.

Ausfluss bei a enthält hauptsächlich Kolibazillen, bei b Tuberkelbazillen.

Fehlen (a) bez. Vorhandensein (b) von Lungenbluten und Husten.

Kontrahierter (a) bez. schlaffer (b) Sphinkter. Ae. R. p. 550.

Schreiber hat es unternommen die vorhandenen Elemente zu einer rationellen Rektoskopie zu prüfen, zu sichten und, sie durch eigene Untersuchungen erweiternd, zu einer allgemeineren klinischen Untersuchungsmethode auf anatomisch-physikalischer Grundlage auszubauen. Schreiber erklärt für die einzig geeignete Lage die Knie-, Brust- oder Knie-Schulterlage, in welcher allein voll-

kommene pneumatische Erweiterung vom Mastdarm und S. romanum eintritt. Schreiber führt in dieser Lage eine bezüglich Länge und Weite wechselnde, mit Zentimetereinteilung versehene zylindrische Röhre mit einem durchbohrten Obturator nebst Casperschen Panelektroskop ein. Das Instrument wird nur, wenn die Darmlichtung frei ist, unter Leitung des Auges weiter aufwärts geführt. Die Länge des Mastdarms nimmt S., vom dritten Kreuzwirbel abwärts gemessen, zu 13—15, die des S. romanum zu 45 cm beim Erwachsenen und zu 18 cm bei Kindern an. Die rektoskopisch nachweisbare Grenze zwischen Mastdarm und S. romanum bildet die oberste Plica transversalis. Im S. romanum kann man bis zur Umknickungsstelle zwischen ab- und aufsteigendem Schenkel mit dem Rektoskop vordringen. — S. verwirft das blinde Sondieren des Mastdarms und der höheren Darmabschnitte; auch mit einer biegsamen oder Spiralsonde vermöge man nicht weiter als mit dem Rektoskop vorzudringen. Schreiber: Die Rekto-Romanoskopie. Berlin, A. Hirschwald. 131 S. 19. Abb. 3 Taf.

Eine Differenztialdiagnose zwischen den gutartigen Adenomen und den Adenokarzinomen des Rektums lässt sich nach Ch. Ball meist nicht stellen ausser durch Untersuchung des durch Probeexcision gewonnenen Materials. Der Charakter des Geschwulst wird wesentlich durch das Verhalten des Epithels zur Basalmenbran bestimmt. Durchbricht das Epithel die Basalmembran und durchwächst die darunter liegenden Schichten des Darms, so liegt eine bösartige Geschwulst vor. An dem späten Erkennen der Geschwülste des Rektums trägt wesentlich Schuld die Scheu der Aerzte vor Rektumuntersuchungen. Br. m. J. 21. Febr. bis 7. März.

Ad. Schmidt und J. Strasburger: „Die Faeces des Menschen im normalen und krankhaften Zustand mit besonderer Berücksichtigung der kli-

nischen Untersuchungsmethoden." Berlin. A. Hirschwald.

Der Inhalt ist in vier Abschnitte gegliedert: 1. Makroskopische, 2. Mikroskopische, 3. Chemische Untersuchung der Faeces; 4. Die Mikroorganismen der Faeces. (Von tierischen Parasiten sind nur die Protozoen aufgenommen.) Am Schluss jeder Unterabteilung der ersten drei Abschnitte fügen die Vff. „diagnostische Gesichtspunkte" an.

Die Stuhluntersuchung in der Praxis behandelte Baumstark. Er empfiehlt Adolf Schmidts Normalkost (Frühstück: Kakao mit Milch; zweites Frühstück: Haferschleim mit Ei; mittags: Rindfleisch mit Kartoffelbrei; abends: wie erstes und zweites Frühstück), Abgrenzung der Stühle der einzelnen Mahlzeiten mittelst Karminkapseln. Schleimüberzug oder grössere Schleimmassen der Faeces rühren vom Dick- oder Mastdarm her. Innige Mischung des Schleims beweist Katarrh des Dünndarms, doch schliesst fehlender Schleim Dünndarmkatarrh nicht aus. Man achte auf Reste von Bindegewebe und Muskelfasern. Bei der mikroskopischen Untersuchung des verriebenen Kotes bringt man zuerst eine Probe unverändert unter das Mikroskop und fahndet auf Parasiteneier, Fett- und Bindegewebsreste (pathognomonisch für gestörte Magenverdauung) und Muskelfasern (für gestörte Dünndarmverdauung sprechend, wenn in grösserer Menge vorhanden). Dann erhitzt man das Präparat nach Zusatz von Essigsäure, um einen Ueberblick über das Fett, von dem man grosse Tropfen bei Diarrhöhen findet, zu gewinnen. Endlich fügt man zu einer Probe Lugols Lösung: Stärkereste deuten auf schwere Störung der Dünndarm-Verdauung. Feiner noch ist Schmidts Gärungsprobe. D. m. W. p. 197.

Zur Auflösung der Dejektionsmassen bedient sich F. Schilling eines Stuhlsiebes, welches weder einen Wasserstrahl noch einen Spatel heranzuziehen nötig macht. Die Faeces werden in möglichster Verteilung in das Sieb getan, welches in

einem Glasgefäss ruht; sie schwimmen allseitig in Wasser, welches nach ca. 15 Min. ergänzt wird, da es tropfenweise in das Sammelgefäss abfliesst. Die Vorrichtung wird genau beschrieben und abgebildet. Nach 6—8 Stunden ist die Trennung der makroskopisch zu untersuchenden Teile von den mikroskopisch zu untersuchenden vollzogen. M. m. W. p. 1918.

Zum Nachweis makroskopisch nicht erkennbarer Blutbeimengungen zum Inhalt von Magen und Darm empfiehlt Schmilinsky die Guajakprobe in der Weberschen Modifikation, welche er genau schildert. Von grosser Bedeutung ist der Blutnachweis für die Diagnose des Magenkarzinoms, und zwar besonders für die Fälle mit nicht palpablem Tumor und gut erhaltener Motilität. M. m. W. p. 2145.

Ueber den Nachweis und die Bestimmung des Indols in den Faeces mittelst der Ehrlichschen Dimethylamidobenzaldehydreaktion hat A. Schmidt eingehende Untersuchungen angestellt. Sch. verreibt eine Probe des frischen Kots (bei mittlerer Konsistenz 3 g, bei fester 2,5 g bei flüssiger bis zu 10 g) mit 40 ccm absoluten Alkohols, filtriert und stellt mit 10 ccm des Filtrats die Reaktion in der Weise an, dass man zunächst 1 ccm der Lösung des Reagens (1 Teil Dimethylamidobenzaldehyd in 20 Teilen Alkohol), dann tropfenweise konzentrierte Salzsäure bis zum Eintritt der Rotfärbung (höchstens 1 ccm) hinzusetzt und die Mischung ca. 10 Minuten gründlich schüttelt. 1 ccm der fertigen Probe wird dann vor einem guten Taschenspektroskop mit soviel Alkohol verdünnt, dass der Absorptionsstreifen eben noch sichtbar ist. Ist y die Menge des zur Verdünnung von 1 ccm der fertigen Probe gebrauchten Alkohols, so ist die Indolmenge in den 10 ccm des Filtrats $(x) = (y + 1) \times 0{,}000015$. Daraus lässt sich dann leicht die Gesamtmenge des in der Kotprobe enthaltenen Indols berechnen. Um einen Ueberblick über die Gesamtmenge des gebildeten

Indols zu haben, hat Sch. stets den Indikangehalt des Urins bestimmt (nach der Straussschen Methode). Die Summe Faecesindol + Urinindikan erlaubt die Abschätzung der Gesamtmenge eines der Produkte der Darmfäulnis. Rückschlüsse auf Darmfäulnis lediglich auf Grund der Bestimmung des Urinindikans sind unzuverlässig. Weitere Untersuchungen müssen lehren, ob uns die Ehrlichsche Reaktion auch in diagnostischer Hinsicht vorwärts bringt. M. m. W. p. 721.

R. Baumstark hat das ebenerwähnte Verfahren zur Bestimmung der Fäulnisprodukte im Urin und in den Faeces praktisch zu verwerten gesucht. Den täglichen Indolwert der Faeces bei Gesunden berechnet B. auf durchschnittlich 17 mg; bei Addierung des Wertes für Indikan im Urin und Indol in den Faeces ergibt sich für Gesunde ein Gesamtindolwert von 0,023 g. ibid. p. 722.

Die Zerkleinerung menschlicher Faeces, z. B. um festzustellen, ob ein verschluckter fester Körper oder Gallenstein abgegangen sind, rät P. Grützner in folgender Weise vorzunehmen: Die Kotentleerung wird in ein Zylinderglas gebracht und mit 4—500 ccm Spiritus übergossen, dann mit einem Apparat, ähnlich wie er zum Schlagen von Eiweiss in der Küche gebraucht wird, zerkleinert: an einem hölzernen Stiel befindet sich eine 20 cm lange, 1,5 cm dicke Spirale aus verzinntem Stahldraht, deren Windungen nach aussen immer weiter werden. Drückt man den Stiel nach abwärts, so legen sich die Gänge in horizontaler Ebene dicht nebeneinander. Bei dem Kotzerkleinerer (zu haben bei Mechanikus E. Albrecht, Tübingen) müssen die Gänge der Spirale, beim Niederdrücken ziemlich weit voneinander abstehen; es genügt dann mehrmaliges Auf- und Niederbewegen verbunden mit leichtem Drehen, um die Faeces in eine pulverförmige Masse zerfallen zu lassen, in welcher man durch den bräunlichen klaren Spiritus hindurch jedes kleine Körnchen erkennen kann. Beim Stehenlassen schichtet

sich der Inhalt des Glases: unten die grosse Masse der zerkleinerten Faeces, darüber feiner graubräunlicher Detritus, darüber klarer bräunlicher Spiritus, welcher spektroskopisch Urobilin und nach Genuss grünen Salats auch Chlorophyll zeigt. Urobilin erkennt man auch, wenn man einige Tropfen des Spiritus in eine alkoholische Lösung von Zinkchlorid fallen lässt, an der grünen Fluorescenz. D. m. W. p. 799.

Ueber innern Leistenbruch und Bruchanlage gibt Wilharm eine namentlich für die Frage der Unfallentschädigung wichtige Statistik. W. fand unter 500 Männern 8,6 % mit ausgebildetem Leistenbruch, 66,2 % mit Leistenbruchanlage und 3,6 % mit Hernia epigastrica. Eine grosse Anzahl der mit ausgebildeten Brüchen Behafteten wusste von ihrem Leiden nichts. Bis zum 20. Lebensjahre leiden an Bruchanlage und ausgebildeten Brüchen 61,8 %; dies beweist, dass die meisten der erwähnten Brüche kongenital sind.

Von dem Standpunkte ausgehend, dass es im allgemeinen plötzlich entstandene äussere Leistenbrüche nicht gibt, will W. eine Unfallentschädigung nur gewährt wissen, wenn

a) die Reposition ohne operativen Eingriff nicht geschehen kann und der Operateur erklärt, dass vorher weder Bruchanlage noch ein ausgebildeter Bruch bestanden haben kann;
b) wenn eine gewaltsame Zerreissung der den Leistenkanal umgebenden Gewebe stattgefunden hat.

Beide Fälle dürften nach Ansicht von W. kaum vorkommen bei Leuten, welche vorher weder Bruchanlage noch ausgebildeten Bruch hatten.

Von dem Standpunkt aus, dass alle aus einer Bruchanlage entstandenen Brüche der Entschädigungspflicht unterliegen, muss aber Entschädigung gewährt werden in allen Fällen, wenn nachgewiesen werden kann:

a) dass die Anstrengung eine Ueberanstrengung war, also ein Unfall vorliegt,

b) dass vorher ein ausgebildeter Leistenbruch nicht bestanden hat oder wo nicht erwiesen werden kann, dass vorher ein ausgebildeter Leistenbruch bestanden hat. Ae. Sachv. Z. N. 2.

Für die Diagnose der durch Unfall erzeugten Unterleibsbrüche stellt G. Sultan folgende Grundsätze auf. Ein Unfallbruch darf nur angenommen werden, wenn

1. wirklich ein Unfall oder eine über das übliche Mass der Arbeitsleistung hinausgehende Anstrengung stattgefunden hat, und zwar eine solche, welche geeignet war, den intraabdominellen Druck zu erhöhen;
2. aus den behördlichen Nachforschungen hervorgeht, dass vorher ein Bruch an dieser Stelle nicht bestanden hat;
3. der angebliche Austritt des Bruches mit sehr heftigen Schmerzen verbunden war, welche den Betroffenen zwangen, die Arbeit niederzulegen, und wenn der alsbald zu Rat gezogene Arzt auch auf Druck heftige Schmerzempfindungen auslösen kann.
4. Ein Unfallbruch wird gewöhnlich klein sein, sehr häufig noch innerhalb des Leistenkanals sich befinden und nur ganz ausnahmsweise die Grösse einer Zitrone übersteigen.

Die Folgen von Zerreissungen im Bereich des Leistenkanals lassen sich nur sehr selten durch Schwellung oder Bluterguss schon äusserlich erkennen.

Nicht verwendbar für die Beurteilung eines Unfallbruches ist das Vorhandensein einer Bruchanlage auch an anderer Stelle und die leichte oder schwere Reponierbarkeit des Bruches.

Für die in der Linea alba oberhalb des Nabels vorkommenden subperitonealen Lipome und kleinen Brüche erkennt Witzel die Möglichkeit einer traumatischen Entstehung bez. Vergrösserung an. M. m. W. p. 193.

Jsolierte Brucheinklemmung des Wurmfortsatzes lässt sich klinisch mit Sicherheit nicht diagnostizieren, doch kann man sie vermuten, wie B. Honsell, welcher vier derartige Fälle beschreibt, betont, bei kleiner, rechtsseitiger Schenkelhernie einer ältern Frau bei fehlenden oder wenig ausgesprochenen Allgemeinerscheinungen. Besteht ausserdem eine Resistenz über dem Poupartschen Bande oder eine Flexionskontraktur des Beins, so wächst die Wahrscheinlichkeit der Diagnose. Die Prognose ist nicht ungünstig. Beitr. z. kl. Ch. 37. Bd. p. 208.

Als ganz sichere Kennzeichen eines kongenitalen Leistenbruches bezeichnet J. Goldner auf Grund seiner Erfahrungen bei 800 Radikaloperationen an der ehemaligen Albertschen Klinik das Vorhandensein subseröser Lipome, worauf Frank zuerst aufmerksam machte und das Verhalten des Musc. cremaster, auf welches Bayer hinwies. Unter 701 nicht eingeklemmten Brüchen bei Männern zeigten 322 diese Kriterien, und von 71 weiblichen Hernien 31. Dagegen zeigten sie 50 männliche und 9 weibliche nach der Anamnese seit der Geburt bestehende Hernien nicht. G. schliesst daraus, dass es auch kongenitale Hernien gibt, bei welchen ein anatomischer Beweis für das Angeborensein sich nicht führen lässt. W. kl. W. N. 41.

Peritoneale (den pleuritischen analoge) Reibegeräusche hat B. Stiller bei chronischer adhäsiver Peritonitis, bei Neoplasmen und anderen Tumoren der Bauchhöhle nachgewiesen. W. m. W. N. 20.

Die Pneumokokkenperitonitis ist nach v. Brunn eine seltene, aber bei Kindern häufiger als bei Erwachsenen vorkommende Erkrankung, welche entweder primär oder sekundär nach Erkrankungen der Lunge oder des Mittelohrs entsteht. Klinisch gleicht sie anfangs der akuten Peritonitis, dann folgt ein chronisches Stadium mit geringen peritonitischen

Erscheinungen. Die Diagnose ist aus dem Verlauf und dem gelbgrünen fibrinreichen Eiter, mit Sicherheit aber durch die bakteriologische Untersuchung zu stellen. Die Prognose ist günstig, wenn dem Eiter durch breite Eröffnung der Abszesshöhle Abfluss geschafft wird. Spontanheilung ist selten. Beitr. z. kl. Ch. 39. Bd. 1 H.

Im Anschluss an einen Aufsatz von Edlefsen (M. m. W. N. 5) über die Frage, ob und wie eine Kontusion der untern Thorax- und Bauchgegend ohne äussere Verletzung eine Nierenläsion verursachen kann, welche Frage Edlefsen, gestützt auf mannigfache Erfahrungen von Chirurgen, spez. Küster, bejaht, berichtet Fr. Engel über einen Fall von leichter und nur einmal nach einem Trauma aufgetretenen Eiweissausscheidung. Der Patient hatte einen Fall vom Pferd, bezw. einen Anprall mit der rechten Thoraxlendengegend gegen eine Mauer und dadurch eine geringe Nierenquetschung erlitten. Ohne dem Trauma als ätiologischem Faktor für transitorische und chronische Albuminurien ein übertriebenes Gewicht beilegen zu wollen, hält es Engel doch für angezeigt, nach jedem Trauma, welches stärkere Erschütterung und Quetschung des Bauches unter dem Thorax, ja ev. nur eine heftige Kontraktion der Bauchmuskulatur verursachte, den Urin des Pat. sorgfältig auf Eiweiss und Zucker mikroskopisch zu untersuchen, auch ohne dass blutiger Urin, Verletzungen der Lendengegend oder besondere Klagen des Pat. über Schmerzen darauf hinweisen. B. kl. W. p. 217.

Mesenterialschrumpfung ist für Entstehung von Volvulus der Flexura sigmoidea von Bedeutung und kommt nicht nur im Alter, sondern auch bei jungen Leuten, wahrscheinlich kongenital vor. Mesenterialschrumpfung stellt aber auch ohne Volvulus ein Leiden dar, als dessen Anzeichen Brehm hervorhebt: Obstipation, chronischen Meteorismus und spontan oder auf Einläufe zurück-

gehende ileusartige Anfälle. A. f. kl. Ch. 70. Bd. 1. H.

Als Ursache der Trübung in milchigen Ascitesflüssigkeiten bezeichnet J. Joachim in Uebereinstimmung mit Bernert in einem Teil der Fälle, wo die Ergüsse Fett nicht enthalten, ein Globulin, welches in fester Verbindung mit Lezithin sich befindet, so dass letzteres nicht nachweisbar ist. Jn einem von Joachim genau untersuchten Falle wurde die Trübung durch Pseudoglobulin allein und zwar in seinem in Wasser unlöslichen Anteil verursacht. M. m. W. p. 1915.

Verschwinden der Leberdämpfung betrachtet Oppenheim als wichtiges Frühsymptom für beginnende Peritonitis bei Appendicitis auch wenn Puls und Temperatur noch normal sind. Die Erscheinung beruht nicht auf Verschiebung der Leber nach oben, sondern auf deren Kantelung um die frontale Achse. — Differentialdiagnostisch ist das Symptom von Wert bei Illaeus. Vereinsbeilage der D. m. W. p. 323.

Seegen hat die Angabe von Lacassagne und Martin über die Leberprobe (Docimasie hépathique) nachgeprüft. Die Genannten behaupteten, Fehlen von Zucker und Glykogen in der Leber einer Leiche beweise, dass der Tod nach Krankheit und langer Agonie eingetreten sei, Zucker ohne Glykogen beweise, dass eine Krankheit durch ein plötzlich auftretendes Moment tödlich endete, und Glykogen ohne Zucker beweise, dass der Tod ohne Kranksein durch Trauma, Vergiftung, Ertrinken, Ersticken u. s. w. plötzlich erfolgte. Nach J. ist der Zucker- und Glykogengehalt der Leber von zahlreichen Nebenumständen abhängig und gestattet nicht die von L. und M. scharf präzisierten Schlüsse; dagegen darf man gänzliches Fehlen von Glykogen in der Leber eines plötzlich ohne Krankheit Verstorbenen als Beweis für Eintritt des Todes durch Kohlenoxydvergiftung oder nach langer Asphyxie ansehen. W. kl. W. Nr. 9.

Wenngleich die Schnürleber meist keine oder nur geringe praktische Bedeutung hat, so kann sie doch, wie Penzoldt hervorhebt, in diagnostischer und therapeutischer Beziehung Bedeutung bekommen, wenn der abgeschnürte Teil aussergewöhnliche Beweglichkeit zeigt. P. hat eine solche in drei Fällen beobachtet: bei allen drei weiblichen Kranken liess sich das ganze abgeschnürte Stück stark um eine durch den Stiel von vorn nach hinten gelegten Achse drehen. Solche Fälle können bei der ersten Untersuchung zu Täuschungen Anlass geben. Vor Verwechselung mit einer Neubildung, welche von Dickdarm, Drüsen oder Ovarien ausgehen könnte, schützt fehlende Schmerzhaftigkeit, ausgesprochene Höckerung, stärkere Härte, die Verschieblichkeit ins Epigastrium und bei längerer Beobachtung unveränderte Beschaffenheit und Mangel kachektischer Erscheinungen. Verwechselung mit einer vergrösserten und beweglichen Niere wird dadurch vermieden, dass man während der Fixierung des Tumors im Epigastrium die rechte Niere abtastet; ist das nicht möglich, so muss man auf den Zusammenhang des Tumors mit der Leber und die Unmöglichkeit weiterer Verschiebung in der geraden Richtung nach unten das Hauptgewicht legen. Etwas schwieriger gestaltet sich die Unterscheidung von einer vergrösserten Gallenblase; hier kommen die auf Erkrankung der Gallenblase und -wege deutenden Erscheinungen in Betracht. Endlich ist zu erörtern, ob es sich wirklich um eine Abschnürung durch Einwirkung von aussen und nicht um Lappung der Leber durch Lues handelt. M. m. W. p. 412.

Im Anschluss an einen Bericht über ein primäres Leberkarzinom hebt F. Perutz hervor, dass Lebervergrösserung auch dann bestehen kann, wenn die Leberdämpfung den Rippenbogen kaum oder nicht überschreitet. Die Schwierigkeiten, welchen hier die Diagnose begegnet, sind zum Teil zu umgehen, wenn man sich der Mahnung A. Fränkels erinnert, bei Dämpfungen über den untern Lungenpartieen, wenn keine Anhaltspunkte für

Erkrankungen von Lunge oder Brustfell vorhanden sind, stets an pathologische Vorgänge in der Leber oder im subphrenischen Raum zu denken. Ist die Aufmerksamkeit nach dieser Richtung gelenkt, so wird Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen über den Stand des Zwerchfells und damit über den Sitz der Erkrankung aufklären. M. m. W. p. 1342.

Die tropischen Leberabszesse hält L. Rogers für abhängig von Amöben, welche er in 90 Prozent aller Fälle im Eiter oder den oberflächlichen Schichten der Abszesswand fand. Abgesehen von wenigen Fällen von Cholangitis waren alle von Rogers in Kalkutta gesehenen Leberabszesse auf Amöbendysenterie zurückzuführen. Von den Amöbenabszessen sind zu unterscheiden die pyämischen, welche oft in der Mehrzahl auftreten, nur mässig gross sind und bei ausgedehnter Abszessbildung im Darm vorkommen. Sie werden nur selten intra vitam erkannt. The J. of Tropical Med. 16. Februar.

Nach Schlayer kann für die Diagnose eines Leberabszesses die Feststellung einer starken Hyperleukocytose (18 000 — 62 000, im Mittel 25 000) von grossem Nutzen sein; ihr negativer Ausfall im Sinn einer normalen oder subnormalen Zahl zeigt nach S.'s Erfahrungen, dass durch Abwarten mit operativem Eingreifen nichts versäumt wird. M. m. W. p. 1372.

Für Insuffizienz der Leber spricht nach Ingelrans und Dehon Veringerung des Harnsäurecoeffizienten im Verhältnis zum Gesamtstickstoff, sowie Vermehrung der Ammoniakausscheidung im Verhältnis zur Gesamtstickstoffausscheidung. Von zweifelhaftem Wert ist die alimentäre Glykosurie, da auch bei deren Fehlen die Leber induriert und cirrhotisch sein kann. Auch die Indikanurie ist von keinem beträchtlichen Wert, und gar keine Bedeutung hat die Uro-

bilinurie, da sie nur Cholämie nachweist. A. de méd. experim. 15. Bd.

Bei Erkrankungen der Leber besteht nach Ferranni vielfach auch eine solche der Nieren, weshalb F. die Bestimmung des Gefrierpunktes des Urins und etwa vorhandener Ascitesflüssigkeit empfiehlt. C. f. i. M. Nr. 11.

Zur Bestimmung des Sitzes der Gallensteine können das Fieber, der Ikterus, die Schmerzen und die Blutuntersuchung nach H. Ehret verwertet werden. Hohes Fieber bei gefärbtem Kot spricht für Sitz der Steine in den tieferen Partieen des Gallenganges. Schnell sich wiederholende Anfälle von Ikterus ohne beträchtliche Schmerzen lassen vermuten, dass die Steine im Ductus choledochus sitzen. Bestehen bei solchen Anfällen dagegen heftige Schmerzen, so sitzen die Steine wahrscheinlich in der Gallenblase. Zunahme der Leukocyten bei der Blutuntersuchung deutet auf Sitz der Steine in der Gallenblase, doch darf man aus mangelnder Leukocytose nicht folgern, dass die Steine im Ductus choledochus sich vorfinden. Sem. méd. Nr. 1.

In einem von Neugebauer beobachteten Falle, welcher alle Anzeichen eines Choledochussteines zeigte, fand sich bei der Operation ausser Steinen in der Gallenblase und dem Choledochus noch ein 19 cm langer Askaris. N. hält die Steinbildung für das Primäre. A. f. kl. Ch. 70. Bd. 2. H.

Zur Differentialdiagnose der Cholelithiasis bemerkt Guttentag: Gallensteine ohne Entzündung der Gallenblase seien nicht selten und auch intra vitam gelegentlich palpabel. Eine pathogenetische Bedeutung gewinnen Gallensteine erst beim Hinzutreten einer Entzündung. Objektive Symptome sind Auftreten der Steine in den Faeces, Ikterus und Palpationsbefund. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht motorische und sekretorische Magenanomalien, vor allem Ulcus und gastrische Magen-

sowie atypische Appendicitisformen, insbesondere die A. larvata (Ewald), ferner Nephrolithiasis, Wanderniere und die Hernina lineae albae. B. kl. W. p. 626.

Die Aufnahme Gallensteinkranker in Lebensversicherungen hält A. Garrigues dann für zulässig, wenn nur ein Gallensteinkolikanfall dagewesen ist und seit dessen Auftreten wenigstens 4 Jahre verflossen sind. 3. internat. Kongr. der Versicherungsärzte. — Vereinsbeilage der D. m. W. p. 208.

Die Diagnose einer Perforation der Gallenblase durch einen Gallenstein kann, wie Senator hervorhebt, erleichtert werden durch das Fehlen der Luftblase, des Meteorismus peritonealis. In fast allen andern Fällen von Perforationsperitonitis, welche meist infolge Durchbruchs vom Magen oder Darm her zustande kommen, entsteht eine freie Luftblase im Peritoneum. Falls also die Anamnese Zeichen von Gallensteinkolik ergibt, und dann Zeichen einer Perforationsperitonitis auftreten und eine Luftblase fehlt, so spricht das mehr für Perforation der Gallenblase als des Magendarmkanals. Vereinsbeilage der D. m. W. p. 58.

In Dreiviertel von 46 Gallensteinoperationen vermochte O. Hartmann Mikroorganismen nachzuweisen und zwar 23mal Bact. coli allein, 4mal Staphylo-, 2mal Streptokokken, einigemal plumpe Stäbchen, 6mal Mischinfektion. Bakterielle Infektion spielt bei Entstehung der Cholecystitis nach H. eine grosse Rolle. Zumeist wird infolge ascendierender Entzündung vom Darme her die Galle im Gallengangsystem stagnieren und hierbei infiziert, seltener wandern die Bakterien direkt vom Darm in die adhärente Gallenblase. Sehr wichtig ist auch die Infektion auf dem Blutwege nach überstandenen Infektionskrankheiten, insbesondere Panaritien, Anginen und Typhus. D. Z. f. Chir. 68. Bd. p. 20. Juli.

Der hereditäre Ikterus, eine noch wenig beachtete Krankheitsform, sah A. Pick bei drei Geschwistern, deren Mutter seit ihrer Geburt gleichfalls ikterisch ist. Der Ikterus beruht, wie P. vermutet, auf angeborener Kommunikation zwischen Lymph- und Gallenwegen oder auf angeborener Insuffizienz der Leberzellen. W. kl. W. N. 17.

Nach einer Erfahrung von C. Ehrlich muss man bei der Diagnose grosser Pankreascysten nicht traumatischen Ursprungs bei Leuten höhern Lebensalters stets darauf gefasst sein, bei der Operation eine bösartige Neubildung zu finden oder sich eine solche während der Nachbehandlung entwickeln zu sehen. Man sei deshalb vorsichtig mit der Prognose. M. m. W. N. 9.

VIII. Bewegungsapparat.

Ueber die Knochenveränderungen bei gonorrhoischer Arthritis und akuter Knochenatrophie überhaupt hat R. Kienböck eingehende Studien gemacht. Nach Frakturen, Osteomyelitis der Knochen oder Gelenktuberkulose sowie nach Kontusion oder phlegmonöser Eiterung der Weichteile, zuweilen auch bei bösartigen Geschwülsten tritt in den benachbarten Knochen der Extremitäten eine „Inaktivitätsatrophie“ oder besser „akute Knochenatrophie“ auf. Besonders ausgeprägt scheint diese Erscheinung zu sein bei schwerer genorrhoisch-metastatischer Arthritis; sie kann schon 4 Wochen nach Auftreten der Gelenkerkrankung erkennbar sein. Das skiagraphische Bild zeigt Aufhellung des Schattens mit Verschwimmen der Kontur- und Strukturstriche, anfangs herdenweise, später diffus oder fast völliges Verschwinden des Strukturbildes. Es handelt sich also um beträchtliche Resorption der Kalksalze; dementsprechend findet man den äusserlich wenig veränderten Knochen bei der Sektion weich, zusammendrückbar und schneidbar, das Mark aber hyperämisch. Nach Heilung des

primären Krankheitsherdes kann auch das Knochenbild bald wieder normal werden, beim Fortschreiten des Prozesses aber wird das Spongiosagerüst noch weitmaschiger und die Diaphysenkortikalis bietet ein helles und aufgefasertes Aussehen. Kommt es zu Erschlaffung des Bandapparats, Deformierung des Knochens und Usur des Knorpels, welche sich durch Annäherung der Knochenschatten markiert, so können, wie bei Osteoarthritis deformans Einschränkung der Beweglichkeit, Schmerzen und Krepitation auftreten; es können sich Excrescenzen aus Knorpel und Knochen an Synovialis und Gelenkflächen bilden. Ist das Gelenk selbst schwer entzündlich gonorrhoisch erkrankt, so sieht man eine an den Gelenkflächen beginnende, später gegen das Innere der Spongiosa fortschreitende, bei völliger Zerstörung des Knorpelüberzugs intensiver werdende Aufhellung des Schattens.

An die primäre Erkrankung jugendlicher Individuen kann sich langsames bez. unzureichendes Längen- und Dickenwachstum der Extremitätenknochen und Porotischwerden der spongiösen Gelenkenden schliessen. — Bei der sekundären akuten Knochenatrophie im malakischen Stadium hat radiologische Differentialdiagnose besonders zu berücksichtigen: Ostitis, Neubildungen, Tuberkulose und Syphilis. W. kl. W. N. 3 u. 4.

Als ein bisher nicht gewürdigtes Symptom der Rhachitis bezeichnet R. Neurath eine bei Kindern, namentlich des ersten Lebensjahres auftretende Veränderung der Fingerphalangen, welche N. als pathognomisch ansieht: eine leicht spindelförmige Aufreibung aller Phalangen, infolge deren die normal dicken Phalangealgelenke eingesunken erscheinen. Man sieht die Formveränderung am deutlichsten auf der dorsalen Fläche bei Profilbetrachtung. Zuweilen treten auch Trommelschlägelfinger auf. Die Verdickungen beruhen wohl auf periostitischen kalkfreien Auflagerungen; sie schwinden mit der Rhachitis wieder. Verwechslung mit hereditär-

syphilitischer Phalangitis hält N. für ausgeschlossen. W. kl. W. N. 23.

Septische Synovitis kann auf Gonokokken, Influenzabazillen und pyogenen Kokken beruhen. Bei der Differenzialdiagnose zwischen septischer Synovitis und akutem Gelenkrheumatismus sprechen für erstere nach F. C. Wallis Trockenheit und Rauhigkeit der Haut sowie psychische Störungen. Br. m. J. 3. Jan.

Blennorrhoische Synovialmetastasen finden sich am häufigsten im Knie- und Sprunggelenk und treten nach G. Nobl fast stets erst dann auf, wenn der gonorrhoische Prozess die hintere Harnröhre oder auch den glandulären Prostatateil und die Samenblasen ergriffen hat. Eine allzu energische Behandlung des Trippers kann für die Metastasen nicht verantwortlich gemacht werden, da sie oft erst lange nach Verschwinden aller Krankheitssymptome und auch in Fällen, welche einer ganz milden Behandlung unterzogen wurden, auftreten. In dem Punktionsgelenkexsudat fand Nobl unter 18 mal nur 7mal Gonokokken. W. Kl. N. 5.

Arthropathia psoriaticaa ist, wie C. Adrian nach 93 Fällen aus der Literatur und einem eigenen Fall nachweist, charakterisiert durch vorwiegend polyartikuläres Auftreten, sehr chronischen schubweisen Verlauf, Fehlen von Herzkomplikationen, frühzeitige Missgestaltung und Destruktion der Gelenke, sowie durch Unwirksamkeit der Salicylpräparate. Prädisponierende Momente — im Gegensatz zur Arthritis deformans — lassen sich nur selten nachweisen; ein Zusammenhang mit Gonorrhöe, Syphilis oder Gicht ist nicht sicher gestellt. Meist erkranken Männer von 40 — 50 Jahren. M. a. d. Grenzgeb. d. M. u. Ch. 11. Bd. 2 H.

Zwei Knochensarkome im Röntgenbild zeigt Lessing, welcher weit davon entfernt ist, im Röntgenbild das ausschlaggebende diagnostische Mittel zu sehen, aber glaubt, dass wenn Anamnese

und sonstiger objektiver Befund auf Sarkom hinweisen, das Röntgenbild vor der Probeinzision meist wertvollen Aufschluss über Ausbreitung und Wachstum der Geschwulst geben kann, und darüber, ob der Tumor durch eine Schale scharf von der Umgebung abgegrenzt, also gutartig ist oder nicht. Als die häufigsten gutartigen Tumoren kommen Riesenzellensarkome in Betracht. B. kl. W. p. 929.

Aus der Literatur hat C. Adrian 17 Fälle primärer Neubildungen in Schleimbeuteln zusammengestellt und zwei eigene Fälle dieser Art beschrieben. Bei der Differentialdiagnose sind periostale, sowie von der Haut ausgehende Geschwülste und Gummata sowie das chronische Schleimbeutelhygrom auszuschliessen. Beitr. z. kl. Chir. 38. Bd. 2. H.

A. Schütze zeigt, dass es mittelst der Wassermannschen Differenzierungsmethode gelingt, Menschen- und Tierknochen zu unterscheiden, und zwar um so sicherer, je grösser die Menge der noch in dem Knochenstück enthaltenen Eiweissstoffe ist. D. m. W. p. 62.

Die Seltenheit der primären aktinomykotischen Erkrankung der Knochen, welche O. Bollinger jüngst hervorgehoben hat, erklärt v. Bruns, welcher zwei Aktinomykosen des Unterkiefers beschreibt, damit, dass die Infektion fast stets durch Eindringen pilztragender Fremdkörper von den Schleimhäuten oder der äussern Haut her stattfindet. M. m. W. p. 236.

Zur Diagnose von Knochengeschwülsten durch Röntgenstrahlen bemerkt v. Bergmann gelegentlich der Vorstellung eines Mädchens mit zunehmender schmerzhafter Schwellung der rechten Schulter, das Röntgenbild vermöge nicht in allen Fällen Aufklärung über die Natur und Ausdehnung des Leidens zu gewähren, so z. B. nicht bei Unterscheidung zwischen zentralem und peripherem Sarkom der langen Röhrenknochen. Hier habe man

zwei Formen zu unterscheiden: 1. das zentrale Riesenzellensarkom mit grosser Knochenschale, meist im jugendlichen Alter vorkommend, und 2. die cystische Form, bei welcher die Cyste entweder vom Knochen scharf abgegrenzt ist oder nicht. Charakteristisch für die cystischen Tumoren sei, dass sie am Ende der Diaphyse sitzen, aber nie auf die Epiphyse übergreifen. Man finde hier Verkürzung der Extremität durch Zurückbleiben im Wachstum, Verkrümmung und langsam zunehmende Verdickung. Dieser Zustand könne durch das Röntgenbild deutlich nachgewiesen werden. Vereins-Beilage der D. m. W. p. 87.

In der Diskusion zu dem Vortrag v. Bergmanns: „Zur Diagnose der Knochengeschwülste" bemerkt Oppenheim, die Durchleuchtung habe für Tumoren der Schädelhöhle nicht das Erhoffte geleistet. Nur bei Geschwülsten der Hypophysis cerebri, welche eine Verbreiterung der Sella turcica bedingen, gebe sie gute Resultate.

Im Schlusswort hebt v. Bergmann hervor, er habe nur darauf hinweisen wollen, dass eine bestimmte Form gutartiger Tumoren in den Epiphysen durch das Röntgenbild daran erkannt werden könne, dass sie die Epiphysenlinie nicht überschreiten; die Cysten machen hier gewöhnlich Halt, die malignen Tumoren nur ausnahmsweise; für Cysten sprechen ebenfalls Verkürzung der Extremität ohne Fraktur. In der Diaphyse könne man durch das Röntgenbild keine Entscheidung herbeiführen. m. W. p. 391.

Eine neue Methode, Knochenbrüche zu diagnostizieren, gibt J. Plesch an für zweifelhafte Fälle, in denen wegen Schmerzhaftigkeit oder Geschwulst oder Bluterguss die gewöhnliche Untersuchung nicht anwendbar ist und Röntgenuntersuchungen wegen mangelnder Gelegenheit nicht herangezogen werden können. Sie stützt sich auf die gleichmässige Weiterleitung eines Tons: Bei Auskultation eines gebrochenen Knochens werden die Schallwellen

unterbrochen und man nimmt ein Geräusch mit metallischem Beiklange wahr. Bei gebrochenem Knochen ist der Unterschied noch grösser; über der Bruchstelle wird der Ton überhaupt nicht weiter geleitet, dagegen hört man an dessen Stelle laute Krepitation infolge der durch Perkussion hervorgerufenen geringen Verschiebung. Sind die Bruchstellen durch anderes Gewebe getrennt, so wird die Tonleitung völlig aufgehoben. Am besten perkutiert man die Epiphysen und auskultiert mit dem Phonendoskop. Die Bruchstelle liegt da, wo das normale Geräusch anfängt oder aufhört. D. Z. f. Chir. 49. Bd. p. 163.

Nach Untersuchungen von Simmonds von 300 mit Spondylitis deformans behafteten Wirbelsäulen finden sich bei dieser Krankheit: Degeneration der Zwischenwirbelscheiben, Exostosen und Synostosen der Wirbelkörper, namentlich auf der rechten Seite, Exostosen und Ankylose der kleinen Wirbelgelenke, Osteoporose der Wirbelkörper mit sekundärer Kyphose, selten Verknöcherungen der Ligamenta apicum. Die Krankheit befällt fast ausschliesslich das männliche Geschlecht und das höhere Lebensalter. Aetiologisch spielen Belastung der Wirbelsäule, vielleicht auch Alkohol- und Tabakmissbrauch (häufiges Zusammentreffen mit Arteriosklerose), vor allem aber die senile Degeneration der Zwischenwirbelscheiben eine Rolle. Verwachsung der Wirbelkörper nach Schwund der Randscheiben, wie das Bechterew in einem Falle sah, gehört nicht zum Bild der Spondylitis deformans. M. m. W. p. 794.

Abweichungen der Wirbelsäule in ihrer Beurteilung seitens des Versicherungsarztes bespricht W. Schulthess. Runde Rücken, einfache Lordose und leichte Skoliose sind bedingungslos aufnahmefähig, dagegen bedingungsweise Kyphose und Lordose infolge Paralyse (Kinderlähmung), ebenso spondylitische Kyphose, letztere im Alter von 45 bis 50 Jahren. Schwere Kyphose mit Arthritis deformans, chron. Rheumatismen und ankylosierender Spondylitis ist abzulehnen. Skoliose mittlerer Schwere

kann unter 60 Jahren bedingungslos acceptiert werden, schwere Skoliosen und Kyphoskoliosen nur unter 40—45 Jahren bei sonst günstigem Untersuchungsbefunde. 3. intern. Kongr. d. Versicherungsärzte. — Vereinsbeilage d. D. m. W. p. 208.

In einer sehr eingehenden Arbeit über Wirbelsäulen- und Rückenmarksverletzungen macht W. Fürnrohr auf Grund von sechs Beobachtungen von traumatischer Läsion des Lenden- und Sakralmarks Angaben über die Lokalisation der Vorderhornkerngebiete der Muskelgruppen der untern Extremität. Die Zentren für die Funktion der Blase, des Mastdarms und der Genitalapparate verlegt F. in das sympathische Nervensystem. D. Z. f. Nervenkh. 24. Bd. 1. H.

C. Monod heilte ein Riesenzellensarkom des Schienbeinkopfes, welches mittelst Röntgenstrahlen diagnostiziert worden war. Dass aber das Skiagramm nicht immer eindeutig ist, beweist ein Fall von P. Delbet, in welchem sich am obern Humerusende eines 8 jähr. Kindes eine voluminöse, von einer dünnen Knochenschicht umgebene Geschwulst fand, während der Gelenkkopf an normaler Stelle sich zeigte. Die meisten Mitglieder der Pariser chirurgischen Gesellschaft diagnostizierten Knochensarkom. Ein von Poncet vorgelegtes Skiagramm einer Geschwulst des untern Radiusendes glich dem von Delbet völlig; in Poncets Fall ergab die mikroskopische Untersuchung ein Riesenzellensarkom. Die Minderzahl der Chirurgen nahm excessive Kallusbildung nach einer Fraktur an. Delbet schloss sich der letzteren Diagnose an, welche sich in der Folgezeit als richtig erwies. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. 29. Bd. p. 5 u. 6.

L. de Ruyter und H. Zeehuisen behaupten dass Schultermessungen mit einem von ihnen konstruierten Apparat bei Lähmungen und Neurosen der Schulter von besonderer diagnostischer Bedeutung seien. C. f. i. M. N. 22.

Die primäre Aktinomykose der Fusswurzelknochen kann, wie O. Bollinger hervorhebt, grosse Aehnlichkeit mit dem in Indien epidemischen Madurafusse zeigen. Letztere Krankheit beginnt ebenfalls im subkutanen Bindegewebe, schreitet sehr langsam (in 10—12 Jahren) fort und bewirkt ähnliche Veränderungen des Periosts und der Knochen des Fusses, nur dass sich meist fistulöse Gänge bilden, welche dünnflüssigen Eiter entleeren, in welchem pathogene Mikroorganismen (Chionyphe Cartui) sich in der Form von Körnchen vorfinden, welche nach Abbildungen von Kanthak genau die Struktur der Aktinomyceskolonien zeigen und deshalb von Lehmann und Naumann als Aktinomyces madurae bezeichnet werden. Beim Madurafuss erfolgt die Infektion durch geringfügige Verletzungen der Haut, wie auch bei Aktinomykose der Fusswurzelknochen. M. m. W. p. 2.

Die Funktionsprüfung des Plattfusses nimmt E. Becker an vier Abdrücken des Fusses vor und zwar erstens im Stehen, zweitens im Ausschreiten, drittens in Supinations- und viertens in Pronationsstellung vermittelst Zirkels und Winkelmasses. Die Abdrücke fertigt er dadurch, dass er auf einer 1 cm dicken matten Glasplatte mittels eines Korkes Druckerschwärze verreibt, den Fuss des Pat. daraufsetzen bezw. herumrutschen und dann auf einen Bogen Papier auftreten lässt. Ae. Sachv. Z. Nr. 1.

Die Diagnose der Plattfussbeschwerden bereitet, wie F. Lange ausführt, nicht selten ernste Schwierigkeiten, weil der Sitz der Schmerzen so ausserordentlich verschieden ist, bald am Fersenteil der Sohle, bald an der Innenseite des Fusses, bald am Fussrücken, in der Spalte des Talocruralgelenkes, bald am äusseren Knöchel, bald in der Sehnenscheide des Tibialis anticus und posticus. Aus dem Sitz der Schmerzen allein kann man die Diagnose Plattfussbeschwerden nicht stellen. Noch schwieriger wird die Sache dadurch, dass die subjektiven Beschwerden nicht immer den objektiven Veränderun-

gen entsprechen. Es gibt hochgradige Plattfüsse, welche ihrem Besitzer fast keine Beschwerden machen, andererseits findet man heftige Schmerzen in Füssen mit hohem Gewölbe, ja man findet häufiger Plattfussbeschwerden bei gut oder leidlich erhaltenem als völlig eingesunkenem Gewölbe. Deshalb erklärt auch Lange den Russabdruck des Fusses für die Diagnose für wertlos. Wertvoller ist die Angabe des Pat., dass die Schmerzen nur beim Gehen und Stehen auftreten. Dass die Diagnose richtig ist, wird erst durch den Erfolg einer rationellen Plattfussbehandlung bewiesen. M. m. W. p. 288.

Mittel- und Vorderfussbeschwerden sind vielfach als Aeusserungen eines Plattfusses angesprochen worden, auch in Fällen, wo ein Plattfuss überhaupt nicht nachzuweisen ist. Nach Hasebroek kann es sich in solchen Fällen handeln um chronische, rheumatische oder gichtische Entzündung des Chopartschen bez. Lisfrancschen Gelenks. Objektiv nachweisbar ist eine Hemmung der Pro- und Supination und ein an den Gelenklinien vorzugsweise bemerkbarer Druckschmerz. Erkrankung des Lisfrancschen Gelenks kann zu Plantarflexion des Vorderfusses und Bildung schmerzhafter Schwielen an den Grosszehenballen führen. Z. f. orthop. Ch. 11. Bd. 2. Heft.

Die Prognose der kleinen Fusswurzelknochen- und Metatarsalbrüche ist nach Erfahrung von A. Hoffa keineswegs eine gute. Hoffa sah kaum je völlige Heilungen, meist blieb eine Erwerbsbehinderung von 20 Proz. Häufig bleibt die knöcherne Vereinigung der Bruchenden aus und es bestehen Schmerzen, Metatarsalgie, Herabsetzung der Leistungsfähigkeit im Gehen, Anschwellung des Fusses, Klump-, Hohl-, Platt-, oder Kantenfussbildung, Zirkulationsstörungen und Muskelatrophien. Ae. Sachv. Z. Nr. 1.

Den von Jacquet geleugneten Zusammenhang zwischen Fersenschmerz infolge Bursitis achillea profunda und Gonorrhöe erklärt

Nobl, welcher fünf derartige Fälle mitteilt, für ganz sicher. Pathogenetisch ist diese Komplikation der Gonorrhöe den anderweitigen auf metastasischem Wege entstandenen Synovialerkrankungen gleich zu stellen, mit welchen sie meist gleichzeitig aufzutreten pflegt und gleiche Tendenz zum Recidivieren und zu narbiger Schrumpfung bekundet Die Sterilität des Schleimbeutelexsudats schliesst die Misch- und Sekundärinfektion aus. Z. f. Heilk. 24. Bd. 9. H.

Eine Verminderung des Abstandes zwischen Os cricoideum und Sternum beim Erwachsenen auf weniger als 30 mm sieht Fasquelle als Zeichen einer Erkrankung der Wirbelsäule: einer Fraktur, Luxation oder überhaupt einer Knickung derselben an. Rev. de chir. Juni.

Nach Momburg ist die Luxation des N. ulnaris nicht selten; sie ist kongenital (häufig) oder traumatisch (selten). Subluxationen entstehen nicht selten durch heftige Kontraktion des M. triceps. A. f. kl. Ch. 70. Bd. 1. H.

Der „schnellende Finger" kann wie ein von E. Payr berichteter Fall zeigt, auch durch Fremdkörper (in P.'s Fall eine Häkelnadelspitze) bedingt sein. W. kl. W. N. 25.

Die Polymyositis ist, wie Oppenheim hervorhebt, trotz der Veröffentlichungen von Wagner, Hepp und Unverricht aus dem Jahre 1887 und der späteren Arbeiten von Strümpell, Löwenfeld, Senator, A. Fränkel, B. Lewy, Lorenz und Kader ein noch wenig bekanntes Krankheitsbild. Die Polymyositis beginnt akut oder subakut mit Störung des Allgemeinbefindens. Erstes Symptom der Muskelerkrankung bildet ein als ziehend, reissend, bohrend geschilderter, oft heftiger, durch Bewegungen gesteigerter Schmerz entweder an umschriebener Stelle oder an vielen Stellen der Muskeln. Palpation des Muskels erzeugt heftigen Schmerz. Gleichzeitig mit den Schmerzen und der Bewegungsstörung entwickelt sich eine Schwellung

der Muskeln und der sie bedeckenden Haut, meist auch eine mit Exanthembildung einhergehende Hautaffektion, eine Dermatitis von wechselndem Charakter, ferner kontinuierliches oder interkurrentes Fieber. Der erkrankte Muskel besitzt Neigung zur Kontraktur, welche sich schon frühzeitig bemerkbar machen kann. Muskelatrophie tritt meist erst in den späteren Stadien hervor. Die elektrische Erregbarkeit ist herabgesetzt, desgleichen die Sehnenphänomene. Meist entwickeln sich auf der geschwellten Haut Verfärbungen und mannigfaltige Exantheme, welche spurlos verschwinden oder Pigmentierungen hinterlassen, zuweilen auch Schälungen und Abschuppungen bewirken. Die Schleimhäute nehmen an der Erkrankung nicht regelmässig teil. In einzelnen Fällen bestehen Ptosis oder Diplopie, in andern Schling- und Atembeschwerden, in andern Herzsymptome: Tachykardie, Arythmie, seltener Geräusche, Herzschwäche und Kollaps; selten sind Darm-, Nasen- oder Nierenblutungen. Die häufigste Komplikation bildet Nephritis, selten sind Pleuritis, Mediastinitis oder Orchitis.

Differentialdiagnostisch kommt die Sklerodermie in Frage. Diese und die Polymyositis sind zwar verschiedenartige Affektionen und bei jedem dieser Leiden kommt eine Erscheinung regelmässig oder fast regelmässig vor, welche bei dem andern nur ausnahmsweise auftritt, aber es gibt kein einziges Zeichen, welches nur der Polymyositis oder nur der Sklerodermie zukommt. Die Grenzen der beiden Erkrankungen können sich verwischen, so dass es den Anschein hat, als ob es eine Form der Sklerodermie gebe, welche sich unter den Erscheinungen der Dermatomyositis entwickelt oder umgekehrt eine Form der Dermatomyositis, welche ihren Anfang in Sklerodermie nimmt. Die akute Form der Dermato- und Polymyositis, welche unter dem Bilde einer Infektionskrankheit verläuft, gibt eine schlechte Prognose, dagegen wird das Leben bei den chronisch verlaufenden, auf eine Extremität lokalisierten Formen nicht oder nur wenig bedroht; diese Formen sind auch einer Heilung oder Besserung zugänglich. B. kl. W. p. 381 u. 416.

IX. Nervensystem.

Bei der Differentialdiagnose zwischen allgemeiner Paralyse und Dementia praecox, welche besonders im Anfangsstadium viele gemeinsame Symptome haben, namentlich bei der seit Jahren überwiegenden Demenzform der Paralyse, empfehlen de Boeck und Detrain, von der Lumbalpunktion Gebrauch zu machen: die Cerebrospinalflüssigkeit enthält bei Dementia keine morphologischen Elemente, dagegen bei Paralysis progrediens stets. J. méd. de Bruxelles. 12. Febr.

Für die Abhängigkeit der Geisteskrankheiten von Syphilis spricht eine Beobachtung von Brosius an sieben Glashüttenarbeitern, welche gleichzeitig an syphilitischem Primäraffekt der Lippe durch Infektion durch die Glasbläserpfeife eines frisch erkrankten Kameraden zur Behandlung kamen. Nach 12 Jahren konnte Brosius fünf von ihnen untersuchen und fand bei vier derselben Tabes, Paralyse und Hirnlues. Vereinsbeilage der D. m. W. p. 193.

Bei vielen Geisteskrankheiten, insbesondere bei Paralyse, seniler Demenz und Alkoholismus, oft auch bei Geistesschwäche, fanden Toulouse und Vurpas den Buccalreflex: eine auf Beklopfen der Oberlippe über der Fossa canina auftretende Aufwärtsbewegung der Unterlippe. Soc. de biol. 11. Juli.

„Moral insanity", das „moralische Irresein", ist keine eigene Krankheit, sondern lässt sich nach Näcke zwanglos unter klinische Krankheitsbilder einreihen und zwar 1. die Imbezillität, 2. die periodischen oder cyklischen Stimmungsanomalien und 3. die psychisch Degenerierten im Sinne Magnans. Allen den zu diesen drei Gruppen gehörigen Fällen sind gemeinsam Defekte auf dem Gebiete der Moral infolge Affektstörungen, mit welchen aber auch Störungen des Intellekts, Disharmonie der Lebens-

führung, Tics, Anfälle und andere nervöse Zustände einhergehen. Bei der Diagnose ist stets die ganze Persönlichkeit und ihr Wirkungskreis in das Auge zu fassen. Grenzfr. des Nerven- und Seelenlebens. 18. H.

Der Korsakowsche Symptomenkomplex stellt, wie E. Meyer und J. Raecke ausführen, keine Krankheit sui generis dar, vor allem nicht eine selbstständige alkoholische Psychose. Er kommt bei unheilbaren oder schwer ausgleichbaren Veränderungen des Zentralnervensystems, besonders bei progressiver Paralyse vor. A. f. Psych. u. Nervenkrankheiten. 37. Bd. 1. H.

Akute Psychosen unter dem Bilde der reinen akuten Incohärenz, Lockerung und Auseinanderfall des Vorstellungsablaufs können, wie L. W. Weber ausführt, unter der Einwirkung erschöpfender oder toxischer Schädlichkeiten auftreten. Auf diese primäre Incohärenz und die durch sie bedingte Unorientiertheit und Ratlosigkeit können alle übrigen Symptome, namentlich die Stimmungsanomalien, Veränderung des Bewusstseins und Wahnideen zurückgeführt werden. M. m. W. p 1417.

Die Diagnose der Melancholie ist, wie A. Schott hervorhebt, nur unter Berücksichtigung aller krankhaften Erscheinungen und der Vorgeschichte zu stellen, nicht aber auf Grund eines einzelnen Symptoms. A. f. Psych. 36. Bd. 3. H.

H. Voigt berichtet über einen Fall von transitorischer Geistesstörung nach intensiver Kältewirkung mit epileptiformen Erscheinungen und völliger Amnesie bei einem Lokomotivheizer und betont die Wichtigkeit der Abgrenzung gegen ähnliche epileptische Zustände namentlich wo es sich um die Frage der Berufsfähigkeit des Mannes handelt und im Sinne der Unfallgesetzgebung. M. m. W. p. 2008.

Stasobasophobie benennt P. Sainton einen Zustand, bei welchem der Patient aus Angst nicht zu gehen und zu stehen vermag (analog der Agarophobie), während bei der Astasie-Abasie die Unfähigkeit zu gehen bez. zu stehen auf einer Störung der geistigen Vorstellung beruht. Gaz. des hôp. Nr. 1.

Lachschlag oder Lachschwindel bennent Oppenheim einen Zustand von völliger, aber schnell vorübergehender Bewusstlosigkeit (Zusammensinken und Umfallen mit starrem Blick und Gesichtsausdruck bei natürlichem, durch einen heitern Affekt hervorgerufenem Lachen. O. sah den Zustand bei einem 18jährigen Mädchen und 48jährigen Mann ohne Krankheitserscheinungen. M. f. Psych. u. Neur. September.

R. Köster: Die Schrift bei Geisteskranken. Ein Atlas mit 84 Schriftproben. Leipzig. J. A. Barth.

Die Veränderung der Handschrift Geisteskranker kann zwar nur im Zusammenhang mit den übrigen krankhaften Veränderungen verwertet werden, ist aber in diesem Zusammenhang durchaus nicht ohne Wichtigkeit für die Diagnose.

Um bei Unfallerkrankungen Simulation zu erkennen und andererseits Arbeitsunfähige nicht als Simulanten anzusehen, empfiehlt Regnier Anwendung der Radiographie, des Ergostaten und Elektrodiagnostik. Letztere gibt genauen Aufschluss über die Nerven- und Muskelerregbarkeit und hierdurch über die Arbeitsfähigkeit bez. den Grad der Herabsetzung derselben. Acad. des méd. de Paris. 7. April. — M. m. W. p. 1013.

In einem Falle von Perrin fanden sich in dem Liquor cerebrospinalis eines 3jährigen Kindes Diplokokken und grosse einzellige Leukocyten. Die auf letztere gegründete Diagnose einer tuberkulösen Meningitis fand insofern Bestätigung, als sich

tuberkulöse Herde in den Lungen, Bronchialdrüsen und der Leber nachweisbar fanden. Die Diplokokken, welche auf eine einfache seröse Meningitis intra vitam hindeuteten, beruhten auf sekundärer Invasion. Ann. de méd. et chir. inf. 1. März.

Für die Diagnose der Echinococcuscysten des Gehirns, welche in Südamerika, besonders bei Kindern, nicht allzu selten sind, kommen nach Morquio in Betracht: Konvulsionen im Beginn der Erkrankung, eine demnächst auftretende erst schlaffe, dann spastische Lähmung, erhöhte Reflexe auf der der Lähmung entgegengesetzten Seite, Erhaltensein der Sensibilität, Fehlen subjektiver Symptome, insbesondere des Kopfschmerzes, welcher bei Geschwülsten fast nie vermisst wird, Vorhandensein eines guten Ernährungszustandes, ferner äusserlich sichtbare Zeichen: Vergrösserung des Kopfumfangs, Offenbleiben der Fontanelle, Klaffen der Coronarnaht. Manche Erscheinungen, wie Stauungspapille und herabgesetzte Intelligenz kommen auch bei bösartigen Geschwülsten vor, welche ebenso wie Tuberkulose und Lues hereditaria auszuschliessen ist. Revista med. Uruguay. Juli 02. Nach dem Cbl. f. Chir. p. 143.

Bereits früher wies E. Meyer nach, dass katatonische Erscheinungen im Verlauf sehr verschiedener Formen von Geistesstörungen auftreten können. Meyer behandelt nun die prognostiche Bedeutung der katatonischen Symptome und zeigt in 46 Fällen, dass ein nicht unerheblicher Bruchteil der katatonischen Psychosen Wiederherstellung findet und ein sehr grosser wesentliche Besserung, die sogar eine Wiederaufnahme des Berufs gestattet. M. m. W. p. 1369.

Nach Beobachtungen von Mangelsdorf dehnt sich bei jedem Anfall von Migräne der Magen weit über seine gewöhnliche Grenze aus, nimmt aber dann seine frühere Gestalt wieder an. Durch häufige Anfälle entsteht indes eine Atonie, welche oft

Magen- und Darmbeschwerden hervorruft. Die Migräne muss deshalb für eine grosse Zahl von Magenatonien, welche man bisher als idiopathische bezeichnete, als veranlassendes Moment angesehen werden. B. kl. W. p. 1004.

Bei der Chorea chronica progressiva (Chzorea hereditaria, Chorea Hutington) ist zwar das klinische Bild stets dasselbe und der Ausgang in körperlichen und geistigen Verfall ist stets der nämliche, aber der der Krankheit zu Grunde liegende pathologisch-anatomische Prozess ist, wie Leo Müller auf Grund von drei Beobachtungen und der Literatur hervorhebt, kein einheitlicher. Nur in einem Teil der Fälle ist der Sitz der Erkrankung in den motorischen Regionen der Grosshirnrinde nachgewiesen worden; es bestanden Atrophie der Hirnrinde und der Pyramidenzellen. Disseminierte oder diffuse Encephalitis corticalis, gliöse Sklerose und Gefässerkrankungen der Hirnrinde. D. Z. f. Nervenhk. 23. Bd. 4. H.

Bei Chorea, besonders wenn sie einseitig auftritt, muss man, wie Mettler hervorhebt, stets an Syphilis als Ursache denken und eine spezifische Behandlung einleiten, sobald man für Syphilis Anhaltspunkte findet. Am. J. of med. sc. Sept.

Nach St. Mircoli haben die bei Chorea vorkommenden Geisteskrankheiten verschiedenen Charakter; am gewöhnlichsten sind bei degenerativer Chorea degenerative Psychosen, bei rheumatischer Chorea maniakalische und bei Chorea auf psychotraumatischer Basis depressive Geistesstörungen vorherrschend. Gazz. degli osp. N. 8.

Nach Heilbronner hat die Hutingtonsche (familiäre) Chorea die Tendenz, in jeder folgenden Generation die Familienmitglieder in jüngerem Alter zu befallen als in der vorhergehenden Generation. Darin dokumentiert sich der degenera-

tive Charakter der Krankheit. A. f. Psych. 36. Bd. p. 889.

Ueber die Prognose der genuinen idiopathischen Epilepsie hat Turner an 366 Fällen, welche er mindestens 2 Jahre lang behandelte, Beobachtungen veröffentlicht. Erbliche Belastung, Verheiratung und Schwangerschaft beeinflussen die Schwere der Krankheit nicht; während des Wochenbetts und Stillens kehren die Anfälle oft wieder. Am ungünstigsten verlaufen Fälle, in welchen die Krankheit vor dem 10. und zwischen dem 25. und 35. Lebensjahre beginnt. In den ersten 5 Jahren der Erkrankung kommt eine Heilung häufiger vor als später, doch sind auch nach 20—30jährigem Bestehen noch Heilungen vorgekommen. Je häufiger die Anfälle, desto ungünstiger ist die Prognose. T. hält ca. 10 % der Fälle für heilbar. Vereinsbeilage der D. m. W. p. 288.

Bei Epilepsie kommen nach Pfister nicht allzu selten als typische Begleiterscheinungen der Krampfanfälle Hautblutungen vor. Diese haben für den Gerichtsarzt dieselbe Bedeutung als Beweis eines stattgehabten Krampfanfalls wie andere objektive Zeichen, z. B. Zungenbiss oder Eiweis im Urin, und sind besonders wichtig, da sie nicht simuliert werden können. Ae. Sachv. Z. Nr. 4.

Dem krankhaften Wandertrieb liegt, wie E. Schultze (Bonn) ausführt, in sehr vielen Fällen Epilepsie zu Grunde (Heilbronner nimmt nur bei $^1/_5$ dieser Kranken Epilepsie an), in andern Alkoholismus oder Neurasthenie. Allg. Ztschr. f. Psychiatr. u. ps.-ger. Medic. 60. Bd. 6. H.

Einen Fall von „hysterischem Fieber“ beschreibt Tillmann. Es wurde nach dem Sitz der Schmerzen unter Ausschluss anderer Ursachen auf einen entzündlichen Prozess im Gehirn geschlossen. Die Richtigkeit der Diagnose wurde bestätigt durch die Höhe des Fiebers am 30. Krankheitstage von

44°, denn ein auf toxischer Grundlage beruhendes so hohes Fieber hätte zweifellos letal geendet und die im zweiten, fieberlosen Teil der Krankheit auftretenden psychischen Erscheinungen. M. m. W. p. 651.

Bei der Röntgenuntersuchung des Kopfes sieht man, wie M. Benedikt bemerkt, oft zwei gleichlaufende Konturen des Schädelknochens, längs des Sinus falciformis. Diese zweite Kontur tritt besonders deutlich hervor, wenn die Sinuswand verdickt oder verknöchert ist, oder wenn der Sinus Auflagerungen trägt oder prall gefüllt ist. W. m. Pr. Nr. 1.

Ueber den Wert der Röntgenbilder für die Diagnostik bei Grosshirnveränderungen sind die Ansichten noch geteilt. H. Pancoast hat in acht Fällen von Hirngeschwulst, Hemiplegie etc. umschriebene Schatten im Röntgenbild gesehen. In einem solchen Fall fand sich eine Ansammlung von Cerebrospinalflüssigkeit unter der Dura. Univ. of Pennsilvania m. bull. März.

Eduard Müllers Abhandlung „über Symptomatologie und Diagnostik der Geschwülste des Stirnbeins" stützt sich auf 164 veröffentlichte Fälle und bietet für Erkennung dieser Erkrankungen wertvolle Darlegungen, deren kurze Wiedergabe nicht angängig ist. Z. f. Nervenkh. 22. Bd. p. 375.

Einen Beitrag zur Diagnostik der Geschwülste des Stirnbeins lieferte auch I. Auerbach. ibid. p. 322.

Die richtige Lokalisierung eines Hirntumors mittelst Röntgenstrahlen gelang Fittig. Es handelte sich um ein verkalktes Sarkom, dessen Sitz nach den klinischen Erscheinungen auf der entgegengesetzten Seite angenommen worden war. Vereins-Beil. d. D. m. W. p. 38.

In einer Arbeit über „Thermoanaesthesie und Analgesie als Symptom von Herderkrankung des Hirnstamms" kommt Rossolimo zu dem Resultat, dass die syringomyelitische Dissociation der Sensibilität, welche bei Herderkrankungen des Hirnstamms regelmässig beobachtet wird, da, wo es sich um hohe Ponsaffektionen handelt, eine hemiplegische, dagegen bei Erkrankungen der Medulla oblongata meist eine gekreuzte alternierende Dissoziation besteht derart, dass das Gesicht auf der Seite des Sitzes der Gehirnerkrankung, Rumpf- und Gliedmassen aber auf der entgegengesetzten Seite anästhetisch sind. Meist besteht auch Ataxie und bei Störungen in der Medulla oblongata Lähmung des Vagus und Glossopharyngeus. Fast immer bestehen auch subjektive Sensibilitätsstörungen in der Form von Parästhesien, fast nie dagegen Störungen des Berührungssinnes. D. Z. f. Nervenkh. 23. Bd. 3. H.

E. Smith hat eine grosse Zahl Kinder gesehen, welche mehrfach Anfälle mit Bewusstseinverlust und klonischen und tonischen Krämpfen hatten, im spätern Leben aber gänzlich von solchen Anfällen verschont blieben. S. ist der Ansicht, dass es sich in solchen Fällen um Reflexkonvulsionen, nicht aber um Epilepsie handelt. Die Kinder stammten meist von nervösen Eltern und hatten vor dem Anfall Verdauungsstörungen, gewöhnlich Verstopfung; in seltnern Fällen waren Eingeweidewürmer oder adenoide Wucherungen oder Refraktionsstörungen das den Krampfanfall auslösende Moment. Die Kinder litten alle an mangelhaftem Blutumlauf und an kalten Füssen. Lancet. 24. Jan.

Als „Gastrolienalreflex" bezeichnet I. Hnatek die nach chemischer oder mechanischer Reizung der Magenschleimhaut auftretende Schwellung der Milz, welche nicht von einer Stauung in den Milzvenen abhängig sein kann, vielmehr eine Reflexerscheinung, wahrscheinlich durch

Vermittlung des Sympathikus bildet. W. kl. R. N. 4.

Bechterews Scapulo-humeral-Reflex, bestehend in der Kontraktion des hintern Bündels des M. deltoideus bei Perkussion des innern Randes der Spina scapulae, erkennt v. Kornilow als echten Sehnenreflex an, dagegen sieht er im Orbitalreflex und dem Babinskischen Phänomen keine echten Reflexe. Letzteres sah K. auch in Fällen, in welchen, wie sich später ergab, die Pyramidenbahnen völlig intakt waren. D. Z. f. Nervenkh. 23. Bd. 3. H.

Bei 100 Personen fand Steiner beim Beklopfen einer Stelle am Schulterblatt, welche in dem vom innern Skapularrand mit der Spina scapulae gebildeten Winkel liegt, stets den „Infraspinatusreflex"; er verschwindet, wenn man an der Reizstelle der Skapula eine tiefe Injektion von 0,06 Kokain macht: es handelt sich also um einen Muskelreflex. Der Infraspinatusreflex besteht in einer deutlichen Rotation des Oberarms nach aussen. Es handelt sich um eine Reflexbewegung, denn an der Bewegung nimmt auch der Vorderarm mit einer Streckung teil; auch steigerte sich bei Erkrankungen im Gehirn und obern Halsmark die beschriebene Bewegung der einen Seite, ebenso wie die Sehnenreflexe derselben Seite. M. m. W. p. 795.

Beachtenswerte Bemerkungen zur klinischen Beobachtung der Haut- und Sehnenreflexe der untern Körperhälfte gibt Schönborn. Dieser prüfte die klinisch wichtigen Reflexe an 160 gesunden Personen: Es fanden sich der Patellarreflex bei 100, Bauch-, Cremaster-, Plantarreflex bei 98, Achillessehnenreflex bei 97, Skrotalreflex bei 92, Analreflex bei 90 der Untersuchten. Eine Erhöhung des Patellarreflexes ist anzunehmen, wenn die Kontraktion des Quadriceps sich auch vom Periost der Tibia auslösen lässt. Den Achillessehnenreflex kann man leicht hervorrufen, wenn man den Unterschenkel

beugt, oder der Kranke auf dem Stuhl oder Bettrand knieend den Fuss frei hängen lässt: man findet ihn bei dieser Versuchsanordnung wohl nur fehlend bei Tabes und Ischias. Bei Hysterischen findet man echten Fussklonus recht oft, dagegen fast nie echten Patellarklonus. Den bei 92 Gesunden nachgewiesenen Skrotalreflex ruft man durch mehrfaches Bestreichen der Analgegend mit dem Stiel des Perkussionshammers hervor: nach wenigen Sekunden tritt Runzelung der Skrotalhaut infolge der trägen, wurmförmigen Kontraktion der Tunica dartos auf, am Perinealansatz des Skrotums beginnend und nach dem Penis hin fortschreitend. Das Babinskische Phänomen fand S. nie bei Nervengesunden; er erklärt es für pathognostisch für Pyramidenbahnaffektionen, doch schliesst sein Fehlen solche nicht aus. D. Z. f. Nervenkh. 21. Bd. 4. H.

Ueber Anomalien der Reflexe, insbesondere der Patellarreflexe und die sie begleitenden Sensationen (Unlustgefühle und Affekte) in Fällen von Neurosen berichtet Szuman. Bei Hysterie, Nervosität und Neurasthenie ergab Beklopfen der Patellarsehne zuweilen nicht nur Auschlag des entsprechenden Unterschenkels, sondern auch Kontraktionen anderer Muskelgruppen des nicht beklopften Beines, des Bauches und der Brust, sowie den Ausdruck von Erstaunen, Angst oder Schrecken im Gesicht. Wichtig ist, dass der Ausfall der Reflexe durch Affekte, welche die Vorstellung beherrschen, beeinflusst werden kann. A. f. Psych. 34. Bd. p. 631.

In zwei Fällen von hysterischer Paraphlegie sah Nonne die Patellarsehnenreflexe erlöschen, aber später mit der Gehfähigkeit wieder auftreten. Da auch Beobachtungen vorliegen, dass beim hysterischen Anfall Pupillenstarre auftrat, muss der Lehrsatz: Hysterie bedinge ein Erlöschen des Pupillar- und Patellarreflexes als unhaltbar bezeichnet werden. D. Z. f. Nervenkh. 24. Bd. 5. H.

Nach H. Roeder kommt dem Verhalten des Patellarreflexes, dem Westphalschen Phänomen, eine diagnostische oder prognostische Bedeutung für die kroupöse Pneumonie im Kindesalter nicht zu. D. A. f. kl. M. 77. Bd. 3. H.

Einseitiges Fehlen des Kitzelreflexes beobachtete A. Pick in einem Falle, in welchem ausserdem die Erscheinungen der Hemiplegie bestanden. Die Sektion ergab das Bestehen eines Erweichungsherdes in der innern Kapsel und des Nucleus lenticularis. Pick weist auf die Verwertbarkeit des fehlenden Kitzelreflexes für die topische Diagnostik hin. W. m. W. N. 13.

Ueber das Babinskische Zehenphänomen und zwar über die Dorsalflexion der grossen Zehe an Stelle der normalen Plantarflexion der Zehen bei einer Reizung der Fusssohle, welches Babinski als pathognomisch für alle Läsionen im Bereich der Pyramidenbahnen erklärte, hat A. Richter an einem grössern Material Prüfungen angestellt. Er misst dem Phénomène des orteils (Babinski) einen grossen, aber keinen absoluten diagnostischen Wert bei, da es sich auch bei 1,8 Proz. Gesunden findet. Es spricht mindestens für die Wahrscheinlichkeit einer Veränderung in der Funktion der Pyramidenbahnen. Ob ihm ein entschiedener differentialdiagnostischer Wert bei Unterscheidung der organischen von den funktionellen Lähmungen zukommt, konnte R. nicht entscheiden, da er keine Gelegenheit hatte, hysterische Lähmungen zu beobachten, bezweifelt es aber nach den Beobachtungen von Tumpowsky, König und Cohn. M. m. W. p. 1029.

Nach Kornilow ist der Babinskische Zehenreflex für die Differentialdiagnose zwischen organischen und funktionellen Hemiplegien nicht zu verwerten. Er tritt zwar meist bei Funktionsstörungen der Pyramidenbahn auf, kann aber auch hier fehlen und findet sich andererseits bei unverletzten Pyramidenbahnen. D. Z. f. Nervenkh. 23. Bd. 3. H.

Eine eigentümliche Schreibstörung: Die Mikrographie, d. h. auffällige kleine Schrift beobachtete A. Pick bei Hemiplegie und Encephalomalacie. Dieselbe beruht vermutlich auf Zunahme der Muskelrigidität und -Spannung infolge Störung der motorischen Nervenbahnen. Prag. m. W. N. 1.

Multiple Karzinose des Zentralnervensystems ist, auch beim Fehlen anderer Karzinose bei Karzinomkranken, mehrfach beobachtet worden. E. Siefert hat vier solcher Fälle gesehen. Wenn Erscheinungen seitens der peripherischen Nerven und des Rückenmarks im Verlauf einer Karzinomerkrankung auftreten und Wirbelkarzinom auszuschliessen ist, so muss man an ein zentrales Karzinom denken; dieses vermag den Ausgangspunkt für Geisteskrankheiten mit Erscheinungen hallucinatorischer Verwirrtheit oder schwerem intellektuellen Zerfall zu bilden. A. f. Psych. p. 720.

Zur Diagnostik der Rückenmarkshautgeschwülste bemerkt Fr. Schultze, es sei ein extramedullarer Rückenmarkstumor auch dann als wahrscheinlich anzunehmen, wenn bei möglichstem Ausschluss von Lues und Myelitis sonstiger Art, wie von Wirbelveränderungen, eine dauernd und gleichmässig fortschreitende motorische und sensible Lähmung festgestellt wird, deren Begrenzung nach obenhin eine gleichmässige oder nahezu gleichmässige bleibt, auch ohne dass irgend welcher Schmerz besteht oder bestand. Für die Differentialdiagnose kommen sonders in Frage multiple Sklerose, welche zuweilen unter dem Bilde einer Myelitis transversa verläuft, chronische Pachy- und Leptomeningitis, intramedullarer Tumor und Wirbelkaries. Bei Bestimmung des Sitzes der Geschwulst sind zu verwerten der Druckschmerz, die hyper- und hypaesthetischen Zonen und die motorischen Ausfallserscheinungen, weniger die Reflexe, Schmerzen und Parästhesien entfernter Punkte. Mitt. a. d. Grenzgeb. d. M. u. Chir. 12. Bd.

Den Wert der Röntgenstrahlen für die Diagnostik der Rückenmarkskrankheiten erkennen v. Leyden und Grunmach an für die Fälle, in welchen Wirbelerkrankungen bestehen: Spondylitis tuberculosa, Hallsteresis, Spondylarthritis ossificans, metastatische Wirbeltumoren, Wirbelfrakturen, Subluxation der Wirbel, Ostarthropathie und Osteoporose. Man vermag bei Zuhilfenahme der Röntgenstrahlen eine Wirbelerkrankung bei negativem Befund weit sicherer als früher auszuschliessen. Bei Erkrankung des Marks vermag das Röntgenverfahren keine Auskunft zu geben, doch ist dem Verf. aufgefallen, dass in der Umgebung des kranken Markabschnitts die Wirbelspongiosa (infolge Osteoporose?) heller erschien. Bei Tabes fand sich ausgesprochene Atrophie der Wirbelsäule. A. f. Psych. 37. Bd. 1. H.

W. Erb verteidigt die von ihm 1875 beschriebene „spastische Spinalparalyse" als selbständige Krankheit. Zwar trete auch bei multipler Sklerose, Querschnittsaffektionen, chronischem Hydrocephalus und andern Prozessen im Gehirn und Rückenmark oft ein ähnliches Krankheitsbild auf, doch gebe es sicher auch eine primäre Erkrankung der Pyramidenseitenstrangbahnen, welche zur Parese der Muskulatur mit erhöhter Spannung, zu lebhaften Sehnenreflexen und der Dorsalflexion der grossen Zehe bei Bestreichen der Fusssohle (Babinskis Zeichen) führe. Vorhandensein einer „spastischen Spinalparalyse" sei auszuschliessen, wenn neben diesem „Symptomenquartett" anderweitige Störungen bestehen wie Ataxie, Muskelatrophie oder Störungen der Sensibilität und Harnentleerung. Für die fast stets mit Störung der Blasentätigkeit und Sensibilität einhergehende syphilitische Spinalparalyse lasse sich ein einheitliches pathologisch-anatomisches Bild noch nicht aufstellen; die Querschnittsläsionen sind dabei meist unbedeutend, in der Regel aber ist eine kombinierte Systemerkrankung der Seiten- und Hinterstränge vorhanden. Alle die verschiedenen Formen luetischer

Rückenmarkserkrankung will Erb vorläufig als „chronische Syphilis spinalis“ bezeichnen. D. Z. f. Nervenkh. 23. Bd. 5. H.

Die hereditäre Ataxie von Friedreich und die Eredoataxie cerebelleuse von Marie bieten, wie Mannini darlegt, viele Aehnlichkeiten, besonders aber einen schwankenden Gang, welcher an den eines Betrunkenen erinnert und Auftreten mit den Fersen, bei beiden Arten der Erkrankung abhängig von der Erkrankung des Zentralnervensystems. Es sind jedoch bei der Friedreichschen Ataxie in der Medulla die vom Kleinhirn ausgehenden, der Koordination und dem Gleichgewicht dienenden Fasern betroffen, bei der Marieschen Ataxie aber die Nervenzellen im Kleinhirn. Für Friedreichs Ataxie ist zu verwerten: Fehlen aller Gehirnerscheinungen auf hämorrhagischer oder neoplastischer Basis und Fehlen von Störungen des Gesichtssinns sowie von Erbrechen, Kopfschmerz und Fieber; ferner Abschwächung des Patellarreflexes und Gestaltveränderung der Wirbelsäule und der Füsse; dagegen spricht Vorhandensein von verstärkten Patellarreflexen, Krampferscheinungen, Amblyobie, Dyschromatopsie für Mariesche Ataxie. La réf. med. N. 7.

Bei psychischen Erkrankungen von Tabikern handelt es sich in der weit überwiegenden Zahl der Fälle um Paralyse; aber auf das Vorhandensein von Tabes allein darf, wie E. Schultze (Bonn) eingehend an zwei Fällen zeigt, die Diagnose der Paralyse nicht gestützt werden. M. m. W. p. 2131.

Für die Diagnose der „Tabes incipiens“ haben nach G. Flatau umschriebene Gefühlsstörungen besondere Bedeutung. B. kl. W. N. 5.

Gegen die Bedeutung der Syphilis in der Aetiologie der Tabes spricht noch W. Friedländer, dass Syphilis in tropischen und subtropischen Ländern sehr verbreitet, Tabes aber dort selten ist. Th. M. April.

Die von Widal, Sicard und Ravaut behauptete konstante Vermehrung der Lymphocyten in der Cerebrospinalflüssigkeit bei Tabes hat Frenkel (Heiden) bestätigt gefunden. Die normale Cerebrospinalflüssigkeit ist frei von zelligen Elementen. Im Beginn der Tabes tritt eine grosse, meist kolossale Menge von Lymphocyten in derselben auf. In keinem Stadium der Krankheit werden dieselben vermisst, indes scheint die Lymphocytose in den Anfangsstadien am grössten. — Nach Ansicht von Oppenheim lässt die diagnostische Verwertung der Lumbalpunktion zur Unterscheidung von Lues spinalis und cerebrospinalis im Stich. Auch für die Alkoholneuritis sei das Verhalten der Leukocytose noch nicht geklärt. Nach Frenkel ist bei sekundärer und tertiärer Lues ohne Erscheinungen von seiten des Nervensystems die Cerebrospinalflüssigkeit frei von zelligen Elementen. B. kl. W. p. 1199.

Einen diagnostischen Wert vermag J. Donath der Quinckeschen Lumbalpunktion nur bei reichlichem Vorhandensein von Lymphocyten und beim Auftreten von polynukleären Leukocyten einzuräumen. Der Gehalt an Lymphocyten ermöglicht zuweilen die Differentialdiagnose zwischen Tabes oder progressiver Paralyse und einfacher Neurose. W. m. W. N. 48.

Atypische Formen von Paralysis agitans sah Collet. Es waren das Fälle, in denen

1. das Zittern fehlte (Paralysis agitans sine agitatione);
2. das Zittern an aussergewöhnlichen Stellen auftrat, z. B. in der Gesichtsmuskulatur, der Zunge, dem Pharynx oder Larynx;
3. das Zittern einseitig auftrat.

Besonderes Interesse verdient die Krankengeschichte einer 71 jährigen Frau, welche vier Jahre lang an gleichmässigem Tremor der Arme und Beine litt, bei der es nach dieser Zeit aber nur im rechten Arm und Bein fortbestand. Lyon méd. N. 5.

Bei multipler Neuritis kann eine Steigerung der Haut- und Sehnenreflexe bestehen. Ingelrans betont die differentialdiagnostische Wichtigkeit dieser Erscheinung. Echo méd. du Nord. N. 6.

Allen Fällen von „Bläserlähmung" ist nach E. Stadler gemeinsam das Auftreten von Krampf- bez. Lähmungserscheinungen ausschliesslich beim Blasen eines Instruments, während sonstige, selbst recht komplizierte Bewegungen von den betroffenen Muskeln ohne Schwierigkeit und ohne subjektive Beschwerden ausgeführt werden. Dieses Verhalten beim Fehlen ausgesprochener allgemein nervöser Störungen charakterisiert die Krankheit als koordinatorische Beschäftigungsneurose. Auszuschliessen ist eine „Arbeitsparese", bei welcher die betroffenen Muskelgebiete einer atrophischen Lähmung verfallen, sowie die Annahme eines reflektorischen Vorgangs. M. m. W. p. 292.

Nach A. Blencke sind Lähmungen des N. radialis nach Oberarmfraktur

I. primäre (Kontusions-) Lähmungen, gleichzeitig mit der Fraktur entstanden mit
   a) völliger Zerreissung des N. radialis,
   b) Interposition desselben zwischen die Fragmente,
   c) Zerrung bezw. Quetschung, primäre direkte Kompression des Nerven durch die dislozierten Bruchenden,
   d) Anspiessung durch einen Knochensplitter.

II. Sekundäre (Kompressions-) Lähmungen, welche erst während bez. nach der Konsolidation auftreten.

Bei den primären Lähmungen zeigen sich sofort totale Paralyse und heftige neuralgische Schmerzen, besonders bei Bewegungen; bei den sekundären treten teils Sensibilitätstsörungen und Paresen von kurzer Dauer auf, teils völlige Lähmungen mit typischer Stellung der Hand und Unfähigkeit

die Grundphalangen und den Daumen zu strecken, sowie denselben zu abduzieren. — Wenn Massage und Elektrisieren die Verwachsungen nicht bald zu lösen vermögen, wird operative Freilegung der Nerven notwendig. Die Prognose dieser Operation ist günstig. M. f. Unfallkh. N. 3.

Der dem Schreibkrampf ähnliche Telegraphistenkrampf, von dem Cronbach 17 Fälle mitteilt, ist eine Neurose, welche bald die obern Extremitäten betrifft, bald sich durch im Körper herumziehende Schmerzen, Kopfschmerz, Schwindel und Aufregung äussert, und zuweilen auch von motorischen, vasomotorischen oder sekretorischen Anomalien begleitet ist. Begünstigt wird die Erkrankung, welche auch nervös nicht belastete ergreifen kann, durch schlechte Ventilation und Beleuchtung, lange Arbeitszeit und grossen Lärm im Arbeitsraume. Die Prognose ist wenig günstig. A. f. Psych. 37. Bd. 1. H.

An einem an angeborener spastischer Gliederstarre (Littlescher Krankheit) leidenden 4jährigen Knaben, bei welchem die Krankheit wahrscheinlich durch meningeale Blutungen intra partum hervorgerufen war, zeigte Weigert den charakteristischen, von Schulthes zuerst beschriebenen Hochstand der Patella durch Verlängerung des Lig. patellae und die dadurch bedingten Strukturveränderungen der Kniescheibe an Röntgenbildern. B .kl. W. p. 836.

Die Rekurrenslähmung hat, wie Reinhard hervorhebt, die grösste diagnostische Bedeutung. Ausser der myopathischen Kehlkopflähmung handelt es sich um neuropathische Lähmungen; diese teilt R. in 2 Gruppen: a) solche des Zentralnervensystems, b) solche infolge Entzündungen, Verletzungen und Tumoren des Halses und der Brusthöhle, besonders des Mediastinums. In Gruppe a gehören: 1. subkortikale Blutungen, Embolien, Erweichungen, Neubildungen, Gummaknoten, 2. die progressive Paralyse,

3. Erkrankungen der Schädelbasis, 4. progressive Bulbärparalyse, 5. Tabes dorsalis, 6. multiple Sklerose (selten), 7. Syringomyelie, 8. progressive Muskelatrophie, 9. amyotrophische Lateralsklerose. — Eine Sonderstellung nimmt die hysterische Kehlkopflähmung ein; diese gehört zu den Neurosen ohne anatomische Grundlage. Zur Gruppe b gehören: 1. rheumatische, katarrhalische, toxische Paralysen, 2. periphere Neuritis nach Scharlach, Diphtherie, Pneumonie, Influenza, Typhus, Erysipel und Lues, 3. Traumen, Selbstmordversuche, Stich-, Hieb- oder Schusswunden, Würgen am Hals, 4. unbeabsichtigte Unterbindung oder Durchschneidung des Nerven bei Operationen oder Jodeinspritzung in die Schilddrüse, 5. Geschwülste am Hals, 6. Geschwülste des Nervenstammes selbst, 7. Aneurysma des Aortenbogens, der Subclavia dextra oder Carotis, 8. andere Geschwülste im Mediastinum, 9. Perikarditis, 10. Pleuritis, 11. Tuberkulose und Schwielenbildung in beiden, bes. der rechten Lungenspitze, 12. andere chron. Lungenaffektionen, 13. Mitralstenose, 14. tiefliegende Geschwüre.

Differentialdiagnostisch kommen in Betracht Fixierung einer Kehlkopfhälfte durch abgelaufene Perichondritis oder Ankylose des Aryknorpelgelenkes, bedingt durch eine bösartige Neubildung. M. m. W. p. 1708.

Zur Unterscheidung zwischen organisch und psychisch bedingten Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen an den Fingern benutzt Ed. Müller eine Modifikation der von Thiem empfohlenen Methode (Th. Handbuch der Unfallerkrankungen. Stuttgart, Enke 1898). Man streckt die beiden, im Ellenbogengelenk leicht gebeugten Arme derart vor, dass die Volarseiten der Hände nach aussen gerichtet sind. Dann legt man die rechte Hand über die linke so, dass die Volarseiten der beiden Hände sich berühren; zuletzt faltet man die Finger zwischen einander, so dass die beiden Hände miteinander verschlungen sind. Eine Abbildung macht die Fingerhaltung sofort klar; die Finger sind so in-

einander geschoben, dass Daumen neben Daumen und der 2., 3. etc. Finger der rechten Hand neben denselben Fingern der linken Hand liegt. Bevor man den Versuch bei Pat. und insbesondere Unfallverletzten anwendet, empfiehlt es sich, ihn an sich selbst einige Male zu wiederholen und den Kranken dann unter Verzicht auf jede Beschreibung den Versuch vorzumachen oder einfach ihren Armen und Händen passiv die beschriebene Haltung zu geben. Bittet man nervengesunde Personen bei dieser gekreuzten Haltung der Hände und Finger einen an irgend einem Finger z. B. an dem Zeigefinger der l. Hand ausgelösten Tasteindruck richtig und zwar durch mündliche Beschreibung zu lokalisieren, so geben dieselben zwar die berührte Phalanx fast stets prompt und sicher an, während sie über den berührten Finger und insbesondere, darüber ob es sich um einen Zeige- oder Mittelfinger handelt, trotz grösster Aufmerksamkeit durchaus im Unklaren sind. Man überzeugt sich, dass bei fast allen Menschen richtige Angaben des Fingers und insbesondere darüber, ob der berührte Finger der r. oder l. Hand angehört, grösstenteils „geraten“ sind. Versuchen intelligente Versuchspersonen eine Anästhesie einer Hand zu simulieren, so beweisen die auch bei rel. langsam aufeinander folgenden Berührungen der Finger auftretenden zahlreichen falschen Angaben, dass eine richtige und sichere Angabe, ob ein Finger der rechten oder linken Hand berührt wurde, schlechterdings unmöglich ist. Man braucht dabei die Augenkontrolle nicht auszuschliessen, nur muss man darauf halten, dass die Versuchsperson sofort nach Berührung der Finger mit rechts und links antwortet. Müller warnt bei Kranken, welche sich durch fortgesetzte fehlerhafte Registrierung verraten „bewussten Betrug“ anzunehmen, da der Versuch nur den „psychogenen Charakter der Anaesthesie“ nachweist. Die Methode lässt sich auch zum Nachweis psychogener Motilitätsstörungen an den Fingern benutzen. B. kl. W. p. 689.

Hyperaesthesia unguium oder Onychalgia nervosa beschreibt Oppenheim ein Lei-

den, welches er nach Trauma und ohne solches, mit und ohne trophische Störung der Nägel, in einigen Fällen auch seit der Kindheit auftreten sah. Die Empfindlichkeit der Nägel kann so gross sein, dass die Kranken nichts anfassen können und ihnen der Druck der Handschuhe unerträglich wird. M. f. Psych. u. Neural. Sep.-Abdr.

Die Blitzverletzungen in klinischer und sozialrechtlicher Beziehung hat J. Jellinek eingehend behandelt. Als pathognomonisch für Blitzverletzungen bezeichnet er den Charakter der Hautläsionen, die Ausbreitungsform und den Heilungsverlauf. Von forensischer Wichtigkeit können sein der zuweilen schussartige Charakter der Verletzungen, die nach Blitzschlag auftretenden Geistesstörungen und Amnesien, die mikroskopischen Veränderungen im Gehirn und die Eigentümlichkeiten der Zerstörungen der Kleidung der Verletzten. Für die Unfallbeurteilung hat besondere Wichtigkeit die Frage, ob der Betrieb erhöhte Blitzgefahr bedingt. W. kl. W. Nr. 7.

X. Harnwerkzeuge.

Auf die Schwierigkeiten bei der Diagnose der subkutanen Harnblasenrupturen macht P. Stolper aufmerksam. Dieselben sind, auch bei vorhandener Becken- bezw. Beckenringbiegungsfraktur beträchtlich, da weder Blutharn noch Harndrang bei Unfähigkeit zum Urinieren pathognomonisch für Blasenruptur ist; diese Symptome kommen auch bei Harnröhrenzerreissung vor, welche sich durch anstandslose Einführung des Katheters nicht völlig ausschliessen lässt. Da Beckenbrüche am Schambogen durch Gewalteinwirkung fern von Blase und Harnröhre bewirkt werden können, gibt auch Art und Grösse des Traumas keine Sicherheit. Fehlt aber eine Beckenverletzung gänzlich, so sind die Schwierigkeiten noch grösser. Peritonitische Erscheinungen, Kollaps, Erbrechen, Spannung und Empfindlichkeit der Hautdecken, Hämaturie und Harnretention können fehlen. In einem der

von St. mitgeteilten Fälle fanden sich im Urin bei 10 Proz. Eiweiss, sowie Hyaline und gekörnte Zylinder, während die Nieren bei der Sektion gesund gefunden wurden; den Urinbefund erklärt St. durch die Entzündungen der Rissstelle; die Zylinder erklärt er für Fibringerinnsel ebendaher. Die Cystoskopie hält St. für die Diagnose für unangebracht, ebenso Verweilkatheter und zwar bei extra- wie intraperitonealer Ruptur. Ae. Sachverst. Ztg. Nr. 6.

Bezüglich der Diagnose der Blasenruptur bemerkt Blecher, dass die Hauptanzeichen: Schmerz in der Blasengegend, Harndrang, Harnverhaltung und leere Blase je nach der Grösse des Blasenrisses schwanken. Allein beweisend für intraperitoneale Risse ist der Katheterismus des Peritoneums, die Abgrenzbarkeit, wenn es sich um abgesackte Harnergüsse handelt und die Zeichen beginnender Bauchfellentzündungen. Fast $^{9}/_{20}$ aller Blasenrupturen kommen im Rausch zu Stande; im Zweifelsfalle muss man bei Trunkenheit stets annehmen, dass ein Trauma stattgehabt hat. D. Z. f. Chir. 66. Bd. p. 578.

Postoperative Cystitis beruht nach Baisch, welcher 50 einschlägige Fälle untersuchte, auf Einwanderung des Staphylococcus albus oder aureus, zu welchem sich fast stets sekundär der Colibazillus gesellt. Streptokokken sind selten. Die Keime stammen nach Ansicht von Baisch aus der Urethra, aus welcher sie erst infolge des Operationstraumas (teilweise Ablösung der Blase) einwandern. Prophylaktisch empfiehlt B. Vermeidung des Katheterisirens und Anregung der spontanen Urinentleerung durch Injektion von 20 proc. Borglyzerin in die volle Blase am Abend vor der Operation. M. m. W. p. 1231.

Ob Cystitis infolge Katheterisierens durch Einbringen nicht nur von pathogenen Harnröhren-Bakterien, sondern auch von solchen aus der nicht erkrankten Urethra hervorgerufen werden kann, hat B. Goldberg festzustellen gesucht. Er kommt zu dem Schluss, dass bei Infektionen nach Kathe-

terismus wohl stets der Katheter die Schuld hat. Bei seinen Versuchen bewirkte Goldberg in folgender Weise vor dem Einführen des Katheters die Desinfektion der Harnröhre. Nach gründlichem Abseifen des Penis und Praeputiums und Abreiben mit Sublimat 1:1000 wird die vordere Harnröhre mit steriler Handspritze mit 3—4 proz. Borsäure und 1 promill. Ichtharganlösung, sodann aber mit sterilem Wasser ausgespritzt: man injiziert je 5—15 ccm, im ganzen 100—200 ccm. Die Harnröhre ist dann steril, wenn nicht pathologische Zustände des Harnröhreneingangs oder Blasenleiden vorliegen. M. f. pr. Derm. 35. Bd. Nr. 1.

Cnopf legt dar, dass es Infektionen der Harnblase gibt, welche, ohne die Blasenwände zu reizen, durch toxische Wirkung Allgemeinerscheinungen hervorrufen können, die sich durch lebhafte Fieberbewegungen aussprechen, mit denen jedoch die subjektiven Empfindungen nicht immer übereinstimmen. Um Täuschungen zu entgehen, ist es deshalb notwendig, den Urin nicht nur chemisch, sondern auch bakteriologisch zu untersuchen. M. m. W. p. 1723.

Für die Diagnose der Blasen-Nierentuberkulose der Frau ist, wie H. Stöckel hervorhebt, wichtig zu wissen, dass dieses Leiden wenig auffällig verlaufen kann und die dabei vorkommenden Beschwerden fälschlicherweise oft als sekundäre, von Uteruserkrankungen abhängige, aufgefasst werden. Ein sehr wichtiges Hilfsmittel für die Diagnose ist das Cystoskop event. in Verbindung mit Katheterisation des als krank erkannten Harnleiters; ein Katheterisiren des gesunden Harnleiters aber ist durchaus unstatthaft. Beitr. z. Klinik der Tuberkulose I. Heft 2.

Die Diagnose einer Blasenhernie kann, wie Cossmann, welcher eine solche, weil er sie für den verdickten Bruchsack hielt, in einem Falle anschnitt, betont, sehr wohl gestellt werden, wenn man an die Möglichkeit, dass eine Blasenhernie überhaupt vorliegen

könne, denkt. Bei der Anamnese wird man häufig Angaben über Störungen in der Urinentleerung feststellen können; gesichert wird die Diagnose, wenn man nach Entleerung der Blase eine Verkleinerung der im Bruchsack liegenden Geschwulst feststellt, sowie Vergrösserung nach Wiederanfüllung der Harnblase mittelst des Katheters. Während der Operation deutet auf eine Blasenhernie eine Lipocele nicht immer hin; letztere kann fehlen. Empfehlenswert ist während der Operation einer Leistenhernie den Katheter einzuführen. Vereinsbeilage des D. m. W. p. 211.

Ein „Photographier- und Demonstrationscystoskop" hat L. Casper konstruiert: Man photographiert die gewünschte Stelle, während man sie sieht. Dieses ist ermöglicht durch ein die Lichtstrahlen des Bildes wie ein schräg gestellter Spiegel rechtwinklig reflektierendes Doppelprisma im Tubus, welches Lichtstrahlen auf die photographische Platte oder in das Auge des zweiten Beobachters wirft. Ärztl. Polytechnik. Nr. 8.

Ein Cystoskop für die weibliche Harnblase hat S. Cullen konstruiert; dasselbe kann an jede elektrische Leitung angeschlossen werden. Zur Kontrolle der Cystoskoplampe ist eine zweite Lampe in den Griff eingefügt, welche nur beim Versagen der erstern brennt. Bull. of the J. Hopkins Hospital, Juni.

J. Cohn wirft die Frage auf, ob der Harnleiterkatheterismus, welcher völlig sichere Resultate ergebe, aber in manchen Fällen doch gern vermieden würde, wenn andere leicht ausführbare Methoden brauchbare Ergebnisse zutage förderten, durch Harnsegregatoren ersetzt werden könne. Er unterzieht das Neumann'sche Instrument, den Downes'schen Apparat, die von französischen Autoren angegebenen Instrumente und das Luys'sche Instrument einer Kritik. Nur dem letzteren, mit dem Lichtenstern (W. m. Pr. 1903 Nr. 13) bei Frauen gute Resultate erzielte, gesteht er bei genügender Übung und Aussuchen bestimmter Fälle eine gewisse Brauch-

barkeit zu; sichere Resultate aber gebe nur der Harnleiterkatheterismus. B. kl. W. p. 362.

„Die Diagnose des Niierensteins“ hat O. Rumpel monographisch bearbeitet (Hamburg, Lucas Gräfe & Sillem). Er kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die exakte einwandfreie Diagnose des Nierensteins ist nur durch das Röntgenverfahren zu stellen.
2. Der Nachweis desselben ist in jedem Falle zu erbringen, gleichviel ob er im Nierenbecken, in den Kelchen oder im Ureter seinen Sitz hat.
3. Der negative Ausfall der Röntgenplatte bei wiederholten Aufnahmen lässt ein Concrement ausschliessen.
4. Die Sichtbarmachung des Steinschattens ist nur von der Technik des Verfahrens abhängig.
5. Man soll zur Unterstützung der Diagnose auch die funktionellen Untersuchungsmethoden mit heranziehen. —

Bei jedem steinverdächtigen Pat., wird in Rückenlage desselben zunächst eine Orientierungsplatte hergestellt und wenn sich darauf ein steinverdächtiger Schatten zeigt, über der Körperstelle, nachdem die Umgebung mit Bleiplatten abgeblendet ist, eine Durchleuchtung vorgenommen. Wie Steine gaben auch Hydronephrosen, Nierentuberkulose mit Käseherden und Nierenkarzinom abnorme Schatten.

Ehemalige Nierensteinkranke sind nach H. Gillet in Lebensversicherungen nur dann aufnahmefähig, wenn seit der letzten Nierenkolik 3—5 Jahre verflossen sind. Wenn Lithiasis renalis einen operativen Eingriff veranlasste, die Untersuchung aber weder am uropatischen Systen noch am übrigen Körper eine Abnormität erkennen lässt, so ist die Aufnahme event. möglich, nicht jedoch nach Entfernung einer Niere und beim Bestehen einer lumbalen oder anderen Harnfistel. 3. internat. Kongr. der Versicherungsärzte. — Vereinsbeilage der D. m. W p. 208.

Bei Gesunden übertrifft die während der Tagesstunden ausgeschiedene Harnmenge, die bei Nacht

abgesonderte beträchtlich. Das Umgekehrte ist bei manchen Krankheiten, namentlich Diabetes und Schrumpfniere der Fall. Nach Untersuchungen von Péhu kommt Nykturie (Überwiegen des Nacht- über den Tagharn) bei allen Kreislaufstörungen vor. Er bezeichnet sie als Ausdruck der Insuffizienz des Myokards, welches am Tage durch anderweite Funktionen in Anspruch genommen, seine auf Urinabsonderung bezügliche Funktion nicht erfüllen kann. Nachts steigt der am Tage verminderte Blutdruck; die Folge ist vermehrte Urinmenge. Lyon méd. N. 5.

Nach Bonney macht die bewegliche Niere nur dann Beschwerden, wenn sie an einem dünnen aber langen Stiel hängt. Man erkennt das daran, dass bei der Palpation der Niere vom obern Pol her dieselbe mit ihrem untern Pol medianwärts liegt und bei der Exspiration nicht aufwärts steigt. B. bezeichnet diesen Zustand der Ren mobilis als Nephrospasis. Edinburgh Med. J. Dez. 02.

Bei Nierenerkrankung beobachtete A. Lion eine fast konstante Steigerung der Sehnenreflexe, besonders bei den chronisch parenchymatösen Formen. Doch war das Verhalten der Patellarsehnenreflexe vielfachen Schwankungen unterworfen, aus denen er eine gewisse Gesetzmässigkeit erkannte. In einer Verstärkung der Sehnenreflexe sieht Lion ein Anzeichen für irgend eine ernste Nierenerkrankung. Aus einer allmählichen Verstärkung glaubt er eine Verschlimmerung des Zustandes, aus einer Abschwächung aber die eingetretene Heilung bezw. den Übergang in eine günstigere chron. Form annehmen zu dürfen. J. f. kl. M. 50 Bd. p. 257.

Für die funktionelle Nierendiagnostik ohne Ureterenkatheter empfehlen F. Völker und C. Joseph intraglutaeale Injektion von Indigkarmin oder indigschwefelsaurem Natron, wodurch (schon durch 0,05 g) der Urin eine deutlich blaue Farbe bekommt und zwar nur der Urin, nicht aber Schweiss, Speichel oder Stuhlgang. Vff. verwendeten meist

0,5—1,0 des chemisch reinen Indigkarmins. Es wird nicht wie Methylenblau zu Leukoprodukten reduziert; die Farbintensität des Harns gibt direkt ein ungefähres Bild der Nierentätigkeit. Vff. bereiten die Lösung stets frisch: 0,4 g Indigkarmin in 10 ccm physiologischer Kochsalzlösung gelöst und davon 4 ccm warm in die Glutaealmuskulatur langsam injizirt. Vff. benutzen stets Carminum caeruleum (identisch mit Indigotine I und Indigkarmin) von Brückner, Lampe & Co., Berlin C. 19, Neue Grünstrasse 11 (100 g 1,7 Mk.) Führt man einem Menschen 20 Minuten nach der Injektion das Cystoskop ein, so sieht man die Ureterenmündung einen Strahl blauen Urins in Pausen von ca. 25 Sekunden ausstossen. M. m. W. p. 2083.

H. Kümmell und O. Rumpel haben die neuen Untersuchungsmethoden der Nieren bei mehr als 300 Kranken des Hamburg-Eppendorfer Krankenhauses in Anwendung gebracht. Sie erklären: Die moderne Nierenchirurgie steht unter dem Zeichen des Blasenspiegels und der Harnleitersonde, der Röntgenröhre und jener funktionellen Untersuchungsmethode, welche in der Kryoskopie zum Ausdruck gelangt. Mittelst der Kryoskopie gelang es K. und R. festzustellen:

1. Bei intakten Nieren ist die molekulare Konzentration des Bluts eine konstante; sie entspricht einem Gefrierpunkt von 0,56.

2. Bei doppelseitiger Nierenerkrankung tritt eine Erhöhung der Blutkonzentration ein, Hand in Hand gehend mit einer Verminderung der molekularen Konzentration des Urins.

3. Einseitige Nierenerkrankung bedingt keine Störung der Gesamtfunktion, welche die Erhöhung der molekularen Blutkonzentration und Verminderung der Harnkonzentration zum Ausdruck bringt.

Diese einseitige Funktionsstörung wird unter Zuhilfenahme des Harnleiterkatheterismus nachgewiesen durch die veränderte molekulare Konzentration des Urins, einhergehend mit verminderter Harnstoffausscheidung, während die andere Niere keine Störung der Funktion zeigt.

Mittelst der Röntgenphotographie glauben Vff.

jeden Nierenstein sichtbar machen zu können und beim Fehlen eines Nierensteinschattens ein Koncrement in der Niere ausschliessen zu dürfen. Beitr. z. klin. Chir. 37. Bd. 3 H.

Über funktionelle Nierendiagnostik spricht sich Israel aus. Der Kryoskopie des Blutes vermag er nur einen bedingten Wert beizumessen. Abnorme Gefrierpunktsermässigung werde auch durch Tumoren und andere Leiden herbeigeführt, auch könne gleichzeitige Hydraemie die vermehrte molekulare Konzentration des Blutes kompensiren, sodass es im Gefrierpunkt nicht zum Ausdruck komme. Auch die Chloridzinmethode leistet nach Israels Ansicht nicht allzu viel. Die von L. Casper und P. F. Richter aufgestellte Behauptung, es bestehe ein direktes Verhältnis zwischen Grösse der Zuckerausscheidung und Menge des funktionsfähigen Nierenparenchyms und ein Parallelismus zwischen dem Resultat der Gefrierpunktbestimmung und der Phloridzinmethode bestreitet er. — Demgegenüber betonen L. Casper und P. F. Richter im praktischen Sinne vermöge die Phloridzinmethode für die Frühdiagnose in der Nierenchirurgie nützliche Dienste zu leisten. Für das Verhältnis zwischen Grösse der Zuckerausscheidung und Menge des funktionsfähigen Nierenparenchyms gelte der Satz: Fehlen einer Zuckerausscheidung nach Phloridzinzuführung beweist eine erhebliche Nierenstörung; die Phloridzin-Zuckerausscheidung im Urin ist um so grösser, je mehr funktionsfähiges Nierenparenchym vorhanden ist. Mitt. a. d. Grenzgeb. d. M. u. Ch. 11. Bd. 2. H.

G. Klemperer sucht die von der Niere in einer Zeiteinheit ausgeschiedene Farbstoffmenge als Massstab der Nierenfunktion diagnostisch zu verwerten. Um die im Urin enthaltenen Mengen des normalen Urinfarbstoffs, des Urochrom, zu messen stellt sich K. Lösungen von Echtgelb G her (0,1 g in 1 l gelöst; davon 5 ccm mit Wasser auf 90 ccm gebracht ist optisch gleich einer 0,1 prozent. Lösung von Urochrom) welche er mit der Urinfarbe

vergleicht. Die goldgelbe Farbe normalen Urins, von dem ca. 1500 ccm in 24 St. entleert werden, entspricht ca. 0,15 Proz. Urochrom. Wird durch reichliches Schwitzen, durch Dursten oder Diarrhöe oder Ansammlung von Trans- oder Exsudaten die Urinmenge vermindert, so wird normal die Harnfarbe dunkel, braunrot bis schwarzrot und entspricht 0,3—0,4 Proz. Urochrom. Diese dunkle Farbe ist ein Beweis hinreichender Leistungsfähigkeit der Nieren. Bei schweren Nierenerkrankungen dagegen wird der Urin spärlicher ohne dunkler zu werden. Je heller ein spärlicher Urin ist, desto schwerer erkrankt ist die Niere. Von besonderer Bedeutung ist die Harnfarbe bei Herzkranken. Herzschwäche mit hochgradiger venöser Stauung liefert dunkeln Urin, so lange die Nieren leistungsfähig sind. Liefert ein Herzkranker nur spärlichen hellen Urin, so bedeutet dieses, dass seine Nieren versagen; damit ist eine schlechte Prognose begründet. B. kl. W. p. 313.

Die Diagnostik der Krankheiten und der Leistungsfähigkeit der Nieren hat K. Senator zum Gegenstand eines Vortrags genommen, in welchem alterprobte wie die neuesten Untersuchungsmethoden gewürdigt werden. B. kl. W. N. 21 u. 22.

Ein 42 Literaturnummern umfassendes Sammelreferat „über die Bedeutung der Kryoskopie für die Diagnose und Therapie der Nierenkrankheiten" aus der Feder von Blanck findet sich in No. 23 und 24 der Literaturbeilage der D. m. W.

A. Hock fängt das Secret jeder Niere gesondert auf mittelst seines nach neuem Prinzip konstruierten Instruments. Dasselbe besteht aus einem Blasenteil (dünnem Metallkatheter mit Mercierkrümmung) und einem Mastdarmteil bezw. Scheidenteil, welcher von dem des Downes'schen Instruments dadurch sich unterscheidet, dass er nicht fix ist, sondern durch Auf- und Zurückschrauben eine Scheidewand herstellt. Der Metallkatheter wird in die Blase eingeführt und dieselbe bis zur völligen Klarheit des

Urins ausgespült. Dabei muss aus der Blase jeder eingespritzte Tropfen sofort wieder abfliessen. Dann wird der Katheter nach der einen Seite gedreht und nun vom Rektum aus durch Aufschrauben des Mastdarmteils die Scheidewand errichtet, wodurch der Urin der einen Seite resp. des einen Ureters aufgefangen wird. Die Scheidewand wird dann zurückgeschraubt, die Blase reingespült, der Katheter nach der andern Seite gewendet und nun nach abermaliger Errichtung der Scheidewand der Harn der andern Seite aufgefangen. Die Methode kann bei beiden Geschlechtern und auch Kindern beliebig oft angewendet werden, da sie schmerzlos ist. M. m. W. p. 444.

Bezüglich „der Gefrierpunktserniedrigung nephritischen Harns und ihrer Deutung auf dem Wege des Verdünnungsversuchs" bemerkt H. Roeder, das Verständnis der von Koranyi, Lindemann u. A. bei Nephritis gefundenen Abweichung des Gefrierpunktes des Harns werde erst durch Verdünnungsversuche angebahnt; die von den Autoren festgestellten Zahlenwerte seien nicht ein absoluter Index für die Störungen der osmotischen Nierenleistung, dagegen der Ausdruck geringerer Akkommodationsfähigkeit an vermehrte Flüssigkeitszufuhr. B. kl. W. p. 428.

Nach F. Engelmann verhalten sich Konzentration und elektrische Leitfähigkeit der durch den Ureterenkatheterismus getrennt aufgefangenen Urine vollkommen gleichmässig und verändern sich in paralleler Weise. Ist z. B. die eine Niere krank, so bekommt man entprechend der niedrigen Zahl für den Gefrierpunkt auch einen geringeren Wert für die Leitfähigkeit. Dieser Parallelismus gestattet, schon mit ganz kleinen Urinmengen die nötigen Untersuchungen (mittels des nach dem Prinzip der Wheatstoneschen Brücke von Reiniger, Gebbert und Schall konstruierten Apparats) auszuführen. Weiterhin hat man in der einfachen Untersuchungsmethode eine gute Kontrole für die Richtigkeit der Gefrierpunktsbestimmungen. M. m. W. p. 1778.

Für Untersuchung von Urin u. a. klaren Flüssigkeiten empfiehlt Klieneberger Zentrifugieren in konischer Bürettenform mit Gläshahnbohrung (an Stelle der zweiteiligen Zentrifugenröhrchen von Napp). Durch Öffnen des Hahns bekommt man die in der Bürettenspitze angesammelten geformten Elemente zur Untersuchung. (Zu haben bei Leopold Schmidt & Co., Frankfurt a. M.) M. m W. p. 1820.

Als einzig sichere Methode für den Nachweis von Nierentuberkulose bezeichnet Salus, welcher 27 einschlägige Fälle untersuchte, die subkutane Impfung von Meerschweinchen mit dem Sediment des steril aufgefangenen und steril zentrifugierten Harns. B. kl. W. No. 50.

Für die Diagnose der Nierentuberkulose verwertet F. Suter die Anfangs häufig allein in den Vordergrund tretenden Blasenbeschwerden, den positiven Tuberkelbazillenbefund im Urin, beim Fehlen aller andern Keime, die Cystoskopie, Gefrierpunktbestimmung von Harn und Blut, Harnstoffbestimmuug des Urins und ev. den Nierenkatheterismus. Die Methylenblaumethode gibt zwar nicht durchaus beweisende Resultate, hat aber den Vorteil, dass sie den trüben Urin der kranken Niere in der Blase leichter unterscheiden lässt. Segregatoren leisten bis jetzt nichts Vollkommenes. C. Bl. f. Schw. Ae. No. 11.

Einen neuen Urinseparator zur gesonderten Entnahme des Urins aus jeder Niere, wodurch der Ureterenkatheterismus umgangen werden kann, beschreibt Garré. Er ist von Luys konstruiert und besteht aus 2 Metallhalbrinnen, welche die normale Katheterkrümmung etwas verstärkt zeigen, und einem dritten, dazwischen gelegenen platten, gleichgekrümmten, mit Kondomgummi überzogenem Stück, welches durch eine Vorrichtung angespannt werden kann und so die Krümmung des Katheters als Scheidewand ausfüllt. (Zu haben bei Gentile, Paris, rue St. Andrè des Arts.) Th. M. p. 1.

Entgegen den Befunden von Casper und Richter

stellte Kapsammer durch Untersuchungen „über Ureterenkatheterismus und funktionelle Nierendiagnostik“ an 10 gesunden Personen fest, dass die beiden gesunden Nieren in derselben Zeiteinheit ungleiche Mengen eines ungleichartigen Sekrets ausscheiden und dass Filtrations- und Eliminationsfähigkeit nicht parallel gehen. W. kl. W. No. 51.

Nebennierenblutungen finden sich bei Neugeborenen zuweilen auch nach leichter Spontangeburt. Bei den in den letzten 10 Jahren zur Sektion gekommenen Neugeborenen der Londoner Frauenklinik fand Dörner solche 8 mal u. z. entweder ausgedehnte Hämorrhagien mit Zerstörung der Parenchyms oder kleinere Blutungen in Parenychym oder Rinde. Als Ursachen betrachtet D. Blutfülle der Nebennieren, ihre leichte Zerreissbarkeit bei atrophischen Früchten, Zirkulationsstörungen intra partum und Eklampsie der Mutter. Vjschr. f. ger. Med. 3. T. 26. Bd. p. 272.

Spaeth: „Die chemische und mikroskopische Untersuchung des Harns“. 2. Aufl. Leipzig, J. A. Barth. (532 S. 10 Mk.)

Die Diazoreaktion nach Ehrlich fehlt nach Untersuchungen von Camurri bei normalem Urin stets; sie findet sich aber regelmässig bei Typhus und ist diagnostisch wie prognostisch zu verwerten. Bei Tuberkulose hat sie als Gradmesser der Intoxikation des Körpers eine prognostische Bedeutung. Gazz. degli osp. et delle clin. N. 56.

Ehrlichs Diazoreaktion fand O. Pelzl vorhanden bei 1. Abdominaltyphus stets von der Mitte der 1. bis Ende der 3. Woche, 2. bei Masern vor der Eruption und während des Anfangsstadiums des Exanthems, 3. bei Scharlachdiphtherie, 4. bei vorgeschrittener Tuberkulose der Lungen und der serösen Häute und 5. bei Septikaemie. W. kl. W. N. 31.

Ehrlichs Dimethylamidobenzaldehydreaktion (Rotfärbung des Urins bei Zusatz dieses Kör-

pers) ist nach Simon unabhängig von Fiebertemperatur, Cyanose und Verdauungsstörungen. Am ausgeprägtesten pflegt die Reaktion bei tuberkulösen Prozessen zu sein. Am. J. of the med. Sc. Sept.

Die Rotfärbung, welche Harn mit einer salzsaueren Lösung von Dimethylamidobenzolaldehyd gibt (Ehrlich'sche Farbenreaktion) und auf der Anwesenheit des Urobilinogens beruht, ist nach Neubauer in pathologischen Harnen (bei Pneumonie sowie manchen Blut- und Leberkrankheiten) weit stärker als unter normalen Verhältnissen. Fehlen derselben in ikterischen Harnen aber ist ein Zeichen vollkommen Choledochus- oder Hepaticus-Verschlusses. B. kl. W. p. 946.

Über den Einfluss der Konzentration des Harns auf den Ausfall der Eiweissreaktion hat B. Hallauer überraschende Ergebnisse gewonnen: Die Kochprobe fällt im konzentrierten Harn stärker aus als im normalen; bei sehr starker Konzentration dagegen wird sie schwächer oder negativ. Die Essigsäure-Ferrocyankalium-Reaktion versagt am ehesten: bei Einengung des Harns auf die Hälfte seines Volumens (spec. Gew. ca. 1030) bleibt sie fast konstant aus. Die Hellersche Probe zeigt bei dieser Konzentration ein ziemlich wechselndes Verhalten. Häufig tritt sie in der gewöhnlichen Weise ein, häufiger jedoch nicht; in der Regel entsteht auf Zusatz von nur wenig Salpetersäure ein Eiweissniederschlag, welcher sich beim Schütteln oder Erhitzen oder weiteren Säurezusatz wieder löst. Setzt man sofort, wie es vielfach üblich ist, $^1/_8$ Vol. Salpetersäure zu, so bleibt der Harn in der Regel klar, um erst auf Wasserzusatz Eiweisstrübungen zu zeigen. Das bisher Gesagte gilt nur für einen geringen Eiweissgehalt, welcher 0,2—0,3 Proz. nicht überschreitet. — Es sind hiernach die in der Klinik üblichen Eiweissreaktionen in konzentrierten Harnen (mit geringem Eiweissgehalt) sehr trügerisch. Es ergibt sich daraus die Notwendigkeit jeden hochgestellten Harn vor Anstellung der Eiweissproben mit Wasser zu verdünnen. M. m. W. p. 1539.

O. Jacobsohn weist auf die Zusammengehörigkeit der orthotischen und Pubertätsalbuminurie — mit nervös-hereditärer Belastung als Bindeglied — hin. Er stellt die Albuminurie als ein Zeichen der leichten Ermüdbarkeit und Erschöpfbarkeit hin. Der Eiweissgehalt der einzelnen Urinportionen kann nach J.s Erfahrungen ein recht beträchtlicher sein und ist an keinen bestimmten Grenzwert gebunden. Typisch ist das Sprunghafte der Eiweissausscheidung, der schnelle Wechsel zwischen eiweissfreiem und eiweissreichem Harn. Für die Diagnose ist das Haupterfordernis die regelmässige Erzielung eines eiweissfreien Urins durch längere horizontale Lage. B. kl. W. p. 914.

Albuminurie wird, wie Inouye hervorhebt, bei konstitutioneller Körperschwäche nicht nur durch Muskelarbeit, Verdauung und aufrechte Körperstellung, sondern auch durch fortgesetzten und übermässigen Genuss von rohem Hühnereiweiss hervorgerufen. Lange Dauer des hierdurch auf die Nieren ausgeübten Reizes kann nach I. Nephritis herbeiführen. D. A. f. kl. M. 75. Bd. 3. H.

Eine im Pubertätsalter auftretende, später meist wieder schwindende Albuminurie ist von Leube als Entwicklungskrankheit von der als Konstitutionsanomalie aufzufassenden physiologischen Albuminurie getrennt worden. Lommel hat sie unter 587 jungen Leuten in 19 Prozent gefunden. Das Eiweiss bestand stets aus Globulin und Albumin. Sediment fehlte völlig oder es wurden beim Zentrifugieren nur einzelne verfettete Epithelien oder hyaline Zylinder gefunden. Die Albuminurie zeigte stets orthostatischen Typus und war wechselnd. Die Albuminurie war auffällig oft mit jugendlicher Wachstumshypertrophie des Herzens verbunden; häufig fand sich auch ein weiches systolisches Blasen als Zeichen einer muskulären Mitralinsuffizienz; in andern Fällen nur hebender Spitzenstoss oder akzentuierter zweiter Aortenton, so dass Herzhypertrophie wenigstens angedeutet erschien. Wiederholt wurde Tachykardie beobachtet.

Die oft schwierige Differentialdiagnose zwischen Pubertätsalbuminurie und chronischer Nephritis darf sich nicht auf die Herzhypertrophie und gespannte Gefässe zu gunsten der Nephritis stützen, sondern nur auf regelmässige Eiweissausscheidung, den Befund von granulierten und epithelialn Zylindern und das ophthalmologische Ergebnis. M. m. W. p. 1527.

Fehlen von Zylindern im Urin von Nephritikern hat A. Treutlein beobachtet. In dem Urin dieser Kranken war Albumin nachzuweisen und es bestand Retinitis albuminurica. Auf eine verdauende Wirkung des in die Nieren ausgeschiedenen Pepsins lässt sich dieses infolge Auflösung der Zylinder auftretende Phänomen nicht zurückführen. Die Leukocyten einer gleichzeitig vorhandenen Cystitis, welche ev. in das Nierenbecken und die Harnkanälchen aufwärts gewandert sein könnten, vermögen Zylinder ebensowenig aufzulösen als Leukocyten aus Abszesseiter. T. führt vielmehr die Auflösung auf ein Wuchern vom Bakterium coli in der Blase, dem Nierenbecken oder den Harnkanälchen zurück. M. m. W. p. 1494.

Zylindrurie ohne gleichzeitige Albuminurie wurde zuerst von Nothnagel (bei Ikterischen) festgestellt. Danach fand Lüthjes im Urin Zylinder und zwar meist ohne Eiweiss nach Darreichung von Salizylsäure. Den gleichen Befund erhob Schwarzkopf in einer Reihe von Fällen bei Endarteritis coron. postsyphilitica, Potatorium, Cirrhosis hepatis, Leberkarzinom und Arteriosklerose. S. erachtet die Zylindrurie ohne Albuminurie für ein Zeichen chronischer Nephritis. M. m. W. p. 1493.

Eine Methode der volumetrischen Eiweissbestimmung im Harn hat O. Rössler bereits 1894 veröffentlicht (Zbl. f. d. Krankh. der Harn- u. Sexualorg. V. Bd. 6. Heft); dieselbe beruhte darauf, dass der Harn vorsichtig auf verdünnte Essigsäure (5 ccm), welche mit 2—3 Tropfen Ferrocyankalilösung (1:10) versetzt war, durch Filtration aufgeschichtet wurde;

dabei entsteht eine weisse Zone einer Eiweissverbindung, deren Höhe in gleichweiten Reagenzgläsern nach 10 Min. mittelst eines Zirkels abgenommen und auf eine gerade Linie als Senkrechte aufgetragen wird. Misst man so im Harn einer Person in gleichen Zeiträumen in gleichweiten Reagensgläsern die Höhe der Eiweissabscheidungen, so bekommt man ein scharfes Bild der täglichen Eiweissschwankungen. Kussmaul verwertete, wie R. berichtet, diese Schwankungen diagnostisch. Schon bei eben beginnender Erkrankung der Niere liess sich mittelst dieser Methode nach Bewegungen eine vermehrte Eiweissausscheidung nachweisen. Kussmaul bestimmte das Eiweiss a) bei möglichster Ruhe des Pat., b) am folgenden Tage, nachdem derselbe 1 Stunde in der Ebene gegangen war und c) am dritten Tage nach zweistündigem mässigen Bergsteigen. Da sich hierbei auch erkennen lässt, ob das Eiweiss aus der Niere stammt oder von Sperma, Spaltungsprodukten des Schleims, Eiter etc., so gelang es z. B. Kussmaul in einem Fall bei einer jahrelang als nierenkrank behandelten Dame festzustellen, dass sie nicht an Nierenerkrankung, sondern an Uterinkatarrh litt.

R. benutzt jetzt statt der vorerwähnten Essigsäure-Ferrocyankalilösung das Reagens von A. Jolles: Acid. succinic. 2,0; Hydrarg. bichlor. corros. 1,0; Natr. chlorat. 0,1; Aq. dest. 50,0, womit man noch Eiweiss 1:120000 nachweisen kann. D. m. W. p. 335.

Nicht jeder Eiweiss haltende Urin bedeutet, wie M. Rapp hervorhebt, eine Nierenerkrankung. Viele gesunde Menschen scheiden geringe Eiweissmengen im Urin aus und bei aufrechter Körperhaltung, Muskelanstrengen, nach kalten Bädern und nervösen Einwirkungen auch grössere Mengen. Es ist deshalb nicht gleichgültig, ob Tag- oder Nachtharn bez. Urin nach Bettruhe oder Anstrengungen untersucht wird. Deut. mil. ärztl. Z. Heft 1.

Zur raschen Erkennung von Eiter im Harn empfiehlt Joh. Müller eine Modifikation der Donné-

schen Probe, welche die Eigenschaft der Leukocyten benutzt, mit Alkalien eine gallertige Masse zu bilden. Zu 5—10 ccm des zu untersuchenden Harns wird tropfenweise offizielle Kalilauge zugefügt und nach jedem Zusatz tüchtig geschüttelt. Durch die Kalilauge werden die Eiterkörperchen in eine schleimige Masse verwandelt, durch welche beim Schütteln Luftblasen nur langsam aufsteigen. Diese Erscheinung ist bei 1200 Leukocyten im cbmm noch deutlich positiv. Zu vermeiden ist ein Überschuss von Kalilauge, weil dieser die viscöse Flüssigkeit in eine leicht bewegliche verwandelt. M. m. W. p. 1361.

Gallenfarbstoff im Harn weist A. Jolles durch folgende sehr empfindliche Probe nach, welche die Frühdiagnose des Ikterus begünstigt: 10 ccm Harn werden im Reagensglas mit 2—3 ccm Chloroform und 1 ccm einer 1proz. Chlorbaryumlösung geschüttelt und zentrifugiert; die über dem Chloroform und dem Niederschlag befindliche Flüssigkeit wird wieder abgegossen, destilliertes Wasser aufgegossen und nochmals zentrifugiert. Der Rückstand wird dann mit 5 ccm Alkohol geschüttelt, 2—3 Tropfen nachstehend verzeichneter Jodlösung zugesetzt und filtriert. Das Filtrat zeigt nach kurzem Stehen, wenn auch nur Spuren von Gallenstoff darin sind, grüne Färbung. — Jodlösung: 0,63 g Jod werden in 125 ccm Alkohol gelöst, ferner 0,75 g Quecksilberchlorid gleichfalls in 125 ccm Alkohol. Man giesst dann beide Lösungen zusammen und setzt 250 ccm konzentrierte Salzsäure zu. D. A. f. kl. M. 78. Bd. 2 H.

Bei einem Nephritiskranken fand R. Lostorfer im Urin, welcher kein Blut enthielt, feine Gerinnsel, welche aus Fibrin bestanden. Er verzichtet darauf, eine Erklärung für diesen eigentümlichen Befund zu geben. W. kl. W. N. 7.

Indikanurie kommt nach J. Carles fast stets da vor, wo die Sälzsäure im Magenrest vermindert oder abnorme Magengärung vorhanden ist. Bei Hyperacidität fehlt Indikanurie. Da Indikan sich aus Eiweiss-

körpern unter dem Einfluss der Bakterien bildet, deren Wachstum von dem Fehlen des normalen Salzgehalts des Magensafts abhängig ist, so gibt Indikanurie einen Massstab für die Darmfermentation und die Magensaftsekretion. Rev. de méd. April.

Zur klinischen Bestimmung des Gesamtgehalts des Urins an Purin, unter welchem Namen Hypoxanthin, Harnsäure, Guanin und Methylxanthine zusammengefasst werden, hat W. Hall ein besonderes Instrument, das Purinometer erfunden, dessen Beschreibung zu weit führen würde. Mittelst des Purinometers vermag man den Stoffwechsel des Körpers täglich bequem zu kontrollieren. W. kl. W. N. 14.

Die Kenntnis der Pentosenreaktion erklärt H. Brat auch für den praktischen Arzt für wichtig, um die Falschdiagnose Diabetes zu vermeiden. Bei der Reaktion mit Orcin-Salzsäure liegt das Optimum der Reaktion bei 90—95°. Die Verschärfung der Reaktion durch Zusatz von Eisenchlorid, bei der Orcin-Salzsäurereaktion ist nur dann für Pentose beweisend, wenn sie sehr stark auftritt. Z. f. kl. Med. 47. Bd. 6. H.

Für die Diagnose der Pentosurie hat M. Bial 1902 ein Reagens angegeben, welches er noch verbessert hat. Es besteht jetzt aus: 500 ccm 30proz. Salzsäure, 1 g Orcein und 25 Tropfen Liq. ferri (fertig zu haben bei Klönne & Müller, Berlin NW. Luisenstr.).

Man erhitzt 4—5 ccm dieses Pentosenreagens zum Sieden, entfernt das Glas von der Flamme und lässt von dem verdächtigen Urin einige Tropfen, höchstens 1 ccm, zufliessen; es entsteht sofort oder sehr rasch eine prachtvoll grüne Färbung, welche ganz sicher die Anwesenheit von Pentose beweist. Damit ist dem Arzt ein bequemes Mittel in die Hand gegeben, um mit Sicherheit sofort einen Fehlings oder Nylanders Lösung reduzierenden Harn als pentosurisch zu erkennen, was diagnostisch wie prognostisch wichtig ist. Bisher sind alle Fälle von Pento-

surie wegen der Reduktionskraft ihres Urins fälschlich für Diabetiker gehalten worden, bis eine genaue Untersuchung den wahren Sachverhalt aufdeckte. D. m. W. p. 477.

Die Phloridzinprobe erklärt Pielicke für nicht gefahrlos, da er in einem Falle 3 Stunden nach Injektion von 0,005 Phloridzin bei Anwendung des Ureterenkatheterismus bei einer Patientin aus beiden Nieren stark blutigen Urin mit zahlreichen Epithelzylindern erhielt. Die Blutung dauerte 3 Tage. In andern Fällen von Ureterenkatheterismus ohne Phloridzininjektion hat P. Blutungen nie erlebt und betrachtet deshalb das Phloridzin als Ursache der Nierenreizung. Cbl. f. Krankh. d. Harn- u. Sexualorg. 13. Bd. 10. H.

Freudenberg bezeichnet Phosphaturie und Ammoniurie als objektive Symptome der Neurasthenie. Bei Gesunden kommen diese Anomalien nur gelegentlich nach reichlicher Fleischnahrung oder Aufregungen vor, bei Hysterischen fehlen sie. F. unterscheidet drei Grade der Alkaleszenz des Urins: 1. manifeste Phosphaturie, 2. latente, erst beim Kochen eine Trübung des Harns bewirkend durch Freiwerden der Alkalien aus ihrer kohlensauren Verbindung, 3. Ammoniurie, wobei der Harn auch beim Erhitzen klar bleibt, die ammoniakalische Reaktion sich aber an den Dämpfen nachweisen lässt. Bl. kl. W. p. 553.

Behufs klinischen Nachweises des Urobilin in Harnen, welche nur wenig Urobilin, und rel. viel andere Farbstoffe enthalten, verfährt W. Schlesinger, so, dass er sie mit der gleichen Menge einer 10proz. Lösung von Zinkacetat in absolutem Alkohol versetzt und von dem entstehenden Niederschlage abfiltriert. Sofort auftretende Fluorescenz und deutliche Absorptionsspektren zeigen auch geringe Mengen von Urobilin an. D. m. W. p. 561.

Den Wert der Rieglerschen Acetessigsäurereaktion im Harn von Diabetikern schlägt Voltolini nicht allzu hoch an. Dieselbe be-

steht in Rosafärbung nach Zusatz von 5—10 Tropfen konz. Schwefelsäure und einigen ccm. einer 6proz. Jodsäurelösung zu 15 ccm. Harn. Die Reaktion gelingt in Fällen, in welchen die Reaktion von Gerhardt und Lipliawski positiv ausfällt, nicht regelmässig; andrerseits tritt sie ein nach Gebrauch von Salicylsäure, Aspirin und Antipyrin. Z. f. kl. M. 48. Bd. 4. H.

Die bei Diabetes mellitus wie auch bei vorübergehender Glykosurie ausgeschiedene Zuckerart ist zumeist Traubenzucker (Dextrose), welcher das polarisierte Licht nach rechts ablenkt. In den bisher nur selten beobachteten Fällen von Ausscheidung von Fruchtzucker (Laevulose) ist eine Linksdrehung zu erwarten. Aus den widersprechenden Eigenschaften der erwähnten Zuckerarten gegenüber den Strahlen des polarisierten Lichts kann ein optisch inaktives Verhalten resultieren und zwar wie ein von A. Lion beobachteter Fall zeigt, in welchem trotz starker Gärung und starker Reduktion des Urins keine Ablenkung des polarisierten Lichtes stattfand, weil der Harn gleichzeitig Fruchtzucker und Traubenzucker enthielt. Man darf deshalb die Polarisation allein nie für die Zuckerbestimmung für ausreichend erachten. M. m. W. p. 1106.

Eine von ihm erst vor kurzem (D. m. W. 03. Nr. 3) veröffentlichte Zuckerprobe, welche darin besteht, dass man in einem Reagensglas 20 Tropfen des zu untersuchenden Urins mit 5 ccm. Wasser mischt, eine Messerspitze salzsaures Phenylhydrazin und eine Messerspitze kristallisiertes Natriumacetat hinzufügt, zum Sieden erhitzt und 10 ccm einer 10proz. Kalilauge eingiesst (rotviolette Farbe zeigt Zucker an), hat E. Riegler noch vereinfacht; er verwendet jetzt oxalsaures Phenylhydrazin von E. Merck-Darmstadt und lässt das Natriumacetat weg; zu 1 ccm. Harn fügt man eine Messerspitze oxalsaures Phenylhydrazin, dann 10 ccm. Wasser hinzu, lässt über kleiner Flamme unter Umschütteln

kochen bis alles gelöst ist, giesst 10 ccm. 10proz. Kalilauge zu, setzt einen Gummipfropfen auf und schüttelt kräftig. Ist Zucker anwesend, so erscheint innerhalb einer Minute violettrote Färbung. Erst spät auftretende Färbung ist nicht massgebend. 0,05 Proz. Zucker gibt noch ein positives Resultat. Eiweiss stört die Probe nicht. D. m. W. p. 266.

Einen Apparat zur jodometrischen Zuckerbestimmung hat Citron in Anlehnung an das Verfahren von Lehmann konstruiert. Das Verfahren gestaltet sich so: 1 ccm Zuckerharn wird mit 20 ccm. Fehlings Lösung zum Sieden in einer dünnen Porzellanschale erhitzt und die kochende Flüssigkeit durch ein Filter, auf dem sich eine Kleinigkeit fein gepulverten Bimsteins befindet, filtriert; hierdurch wird alles Kupferoxyd zurückgehalten. Der Filtertrichter steckt in einem Kolben mit seitlichem Ansatz, an den sich ein T-Stück und ein Gummiball anschliesst; durch Komprimieren und Loslassen des Balls, Oeffnen und Zuhalten des T-Stückes wird infolge Saugwirkung das Filtrieren beschleunigt. Dann wird mit heissem Wasser nachgewaschen, das Filtrat in ein Becherglas gebracht, mit Schwefelsäure entfärbt und 1 g. Jodkali zugefügt. Sofort beginnt Abscheidung gelben Jodürs. Man setzt dann Stärkelösung zu und filtriert mittelst einer von C. konstruierten Burette (zu haben bei R. Kallmeyer, Berlin, Oranienburgerstr. 45) mit $^1/_{10}$ Normal-Natriumthiosulfat, bis die schwarzblaue Farbe plötzlich in Weiss umschlägt. Von der Bürette lässt sich direkt der Zucker in Prozenten ablesen. Die Bürette bedarf keines Stativs, sondern wird mittelst Stopfens auf die Vorratsflasche befestigt, lässt sich durch Druck auf einen Gummiballen füllen und stellt sich automatisch auf 0 ein. Der graduierte Raum ist vom Steigrohr völlig getrennt; Zu- und Abfluss erfolgen von oben. Vereinsbeilage der D. m. W. p. 397.

Die von E. Behrend angegebene Methode der Zuckerbestimmung (Ueberschichtung von 10

ccm. Harn mit 10 ccm. alkalischer Wismuthlösung, Erwärmung im Wasserbad, Messen des Niederschlags) erklärt H. Wolff für „absolut unbrauchbar". D. m. W. p. 926. Ganz der gleichen Meinung ist F. Goldmann. ibid.

Nach Untersuchungen von Münzer ist Zymin, eine Dauerhefe zur Zuckerbestimmung im Harn, nicht verwendbar, weil Zymin, mit physiologischer Kochsalzlösung zusammengebracht, ganz bedeutende Mengen Kohlensäure aus sich selbst entwickelt. M. m. W. p. 43.

Die allgemeine Annahme, dass Diabeteskranke beim Hinzutreten von Lungentuberkulose sehr rasch zu Grunde gehen, trifft wenigstens nicht für alle Fälle zu. Oeder berichtet einen Fall von Diabetes, welchen die Lungentuberkulose mindestens 7 Jahre lang begleitet hat. Der Mann erreichte ein Alter von 58 Jahren. D. m. W. p. 455.

Harninfektion, d. h. die Infektion des Harns durchläuft, wie Goldberg ausführt, drei Entwicklungsstufen: 1. die Erreger treten in den Harn ein, 2. sie vermehren sich im Harn, 3. sie schädigen die Harnorgane. — Eintritt von Mikroben in den Harn allein ist nicht ausreichend, um eine Infektion hervorzurufen; täglich sehen wir Männer mit Harnröhrenverengerung sich selbst mit nicht keimfreien Instrumenten katheterisieren: ihr Harn bleibt klar. Unterbindet man einem Hunde nach Harnimpfung die Harnröhre, so gedeihen die Mikroben im Harn: Bakteriurie=Infektion des Blaseninhalts ohne Infektion des Organs. Meist folgt der Infektion des Blaseninhalts bald Infektion des Organs: Cystitis. Der Patient mit Striktur braucht nur eine Harnverhaltung zu bekommen und sich unrein weiter zu bougieren, so wird der Harn bald trüb durch Bakterien und Eiter. — Für die Cystitis muss also zur Harninfektion noch etwas hinzukommen: Harnverhaltung, Zusammenhangstrennung im

Bereich der Harnwege durch Trauma oder Ulcus, Kongestion der Blase oder Blutung.

Spontane Harn-Infektion per urethram erfolgt nie bei gesunder Harnröhre. Die gewöhnlichen Bewohner der Harnröhre sind nicht pathogen; nach Lustgarten und Mannaberg wachsen sie im Urin nicht und zersetzen ihn nicht. Bei Harninfektion findet man von den in der Harnröhre vorkommenden Mikroben nur Staphylokokken. Kolibazillen, welche sich in dreiviertel der Fälle von Cystitis finden, sind durch die Urethra mit Kathetern etc. importiert oder gelangen infolge operativer Eingriffe am Mastdarm, der Vulva oder Vagina bez. Prostata dahin. Goldberg: Verhütung der Harninfektion. Wiesbaden, Bergmann. 04.

XI. Männliche Geschlechtswerkzeuge.

Th. Landau spricht sich gegen die Auffassung des Bürgerl. Gesetzbuches aus, dass es echte Zwitterbildung nicht gebe, ev. es sich immer entscheiden lasse, ob es sich um ein männliches oder weibliches Individuum handle. Er weist auf die Schwierigkeit der Geschlechtsbestimmung in manchen Fällen hin und darauf, dass es nach neuen Publikationen (z. B. ein Fall v. Salén) echte Zwitter gibt. Er hält deshalb die Bestimmung des alten preussischen Landrechts für richtig, wonach die Eltern das Recht hatten, das Geschlecht des Zwitters zu bestimmen, letzterem aber mit dem 18. Lebensjahre freistand, sich das Geschlecht zu wählen. M. m. W. p. 390.

Natürliche Phantome des Urogenitalapparats stellt sich Wullstein dadurch her, dass er die Organe frischer Leichen benutzt. Die Blase wird sofort nach dem Exitus mit Borsäure völlig sauber gespült und in 4proz. Formalin oder besser Kaiserlingscher Flüssigkeit konserviert und gehärtet. Die weibliche Harnröhre wird, um

Ausfliessen der Flüssigkeit zu verhindern, temporär zugenäht; in der männlichen bleibt, um Schrumpfung zu verhüten, der zur Blasenfüllung benutzte dicke Mercier-Katheter liegen und wird an der Corona glandis abgebunden. Bei der Sektion werden Becken und die Beckenorgane nebst Harnröhre, Ureteren, Nieren, Aorta, Vena cava inferior und die Nierengefässe im Zusammenhang herausgenommen, an demselben Tage sorgfältig präpariert und das das Becken auskleidende Peritoneum durch Nähte in normaler Spannung fixiert. Dann werden die fertig präparierten Phantome sofort in 4proz. Formalin gelegt, bez. in Kaiserlingscher Flüssigkeit weiter gehärtet. Nach 10—15 Tagen ist die Härtung vollendet. Es wird dann, um Einblick in das Innere der Blase zu ermöglichen, die Kuppe der Blase deckelartig mit erhaltener schmaler Brücke hinter der Symphyse durchschnitten. Zur Eröffnung der weiblichen Blase werden die horizontalen Schambeinäste durchsägt und die Blasenkuppe dann von vorn her abgeschnitten, so dass ein Charnier vor dem Uterus erhalten bleibt. Alle Präparate werden in Alkoholglyzerin aufbewahrt (700 g 50proz. Alkohol + 300 g Glyzerin). M. m. W. p. 881.

Nach Galewsky ist die chronische, nicht gonorrhoische Urethretis, von welcher er 14 Fälle beobachtete, ausgezeichnet durch lange (8—16tägige) Inkubation, durch den von Beginn an chronischen Verlauf, geringe sub- und objektive Erscheinungen und negativen Gonokokkenbefund. Die Dauer der Erkrankung ist eine lange, oft auf Jahre sich erstreckende. Den Heiratskonsens glaubt G. bei dieser Urethritis nicht aussprechen zu dürfen, weil noch nicht feststeht, ob der Katarrh auf die Frau übertragen werden kann. Cbl. f. Krankh. der Harn- u. Sexualorg. 14. Bd. 9. H.

Für die Entstehung der Trippermetastasen in Gelenken, Peri- und Endocard macht O. Hoffmann die Erektionen verantwortlich, unter deren Einfluss Risse in der Harnröhrenschleimhaut ent-

stehen, durch welche die Gonokokken in die Lymph- und Blutbahnen eindringen. Cbl. f. Krankh. der Harn- u. Sexualorg. 14. Bd. 5. H.

Zwei Fälle von Urethritis membranacea beobachtete Klimek bei Tripperkranken, denen Ricordsche Lösung bezw. conzentrierte Lösung von Kali hypermang. injiziert worden war. W. m. Pr. Nr. 49.

Streptokokken in der Harnröhre der Männer fand Asakura, welcher 112 Männer ohne nachweisbare Gonorrhoe untersuchte, bei zwölf Prozent derselben. Die Streptokokken scheinen mit dem Streptococcus pyogenes identisch. Mit den Streptokokkenkulturen intravenös geimpfte Kaninchen gingen nach 5 — 10 Tagen zugrunde. Es scheint hiernach, dass die saprophytisch gewachsenen Streptokokken pathogen werden können. Cbl. f. Krankh. d. Harn- u. Sexualorg. 14. Bd. 3. H.

Nach G. Baermann ist jede Epididymitis, welche im Verlauf einer gonorrhoischen Urethritis auftritt, durch lokale Invasion von Gonokokken bedingt. Letztere lassen sich stets aus der Punktionsflüssigkeit züchten. In der überwiegenden Mehrzahl der Epididymitiden tritt sehr rasch eine klinisch nicht diagnostizierte Abszessbildung ein. Auch aus jahrelang bestehenden epididymitischen Resten lassen sich zuweilen noch Gonokokken bakteriologisch nachweisen. D. m. W. p. 720.

Gonorrhoische Epididymitis kann, wenn sehr langsam Abszessbildung erfolgt, leicht den Eindruck eines tuberkulösen Prozesses machen. In einem derartigen Fall vermochte v. Karwowski in dem Eiter des durchgebrochenen Abszesses Gonokokken nachzuweisen. M. f. pr. Derm. 35. Bd. Nr. 11.

Zur Klinik der Prostatatumoren erwähnt G. Kapsammer einen Fall von Prostatasarkom bei einem 40jährigen Mann, welcher, nachdem

eine palpatorische und kystoskopische Untersuchung **keine** krankhafte Veränderung an der Prostata ergeben hatte, plötzlich an völliger Harnretention erkrankte, für welche eine Innervationsstörung als veranlassendes Moment angenommen wurde. Der Tumor stiess sich zum grossen Teil stückweise ab und wurde durch die Urethra entleert. W. kl. W. Nr. 5.

XII. Weibliche Geschlechtswerkzeuge Schwangerschaft. Geburt. Kinder.

H. Sellheim: Leitfaden für die geburtshilflich-gynäkologische Untersuchung. 2. Aufl. Freiburg und Leipzig; Speyer und Kaerner. 58 S. (2 Mk.)

Ueber die Stellung der sog. Karunkeln der weiblichen Urethra, von denen er 58 (unter 1000 Kranken) exstirpierte und untersuchte, hat M. Lange folgendes Bild gewonnen:

a) Karunkeln der weiblichen Harnröhre sind nie wahre Angiome, sondern Neubildungen nach dem Typus der Granulome, der hypervaskularisierten papillären oder teleangietaktischen Schleimhautpolypen.

b) Sie zeichnen sich aus durch konstanten Bestand an Drüsen und durch Fehlen von Zylinder- oder Uebergangsepithel an der freien Oberfläche (im Gegensatz zu andern Neubildungen derselben Gegend und Prolaps der Urethra.)

c) Nach dem 50. Jahre kommen hauptsächlich papilläre Polypen, vor dem 40. mehr Granulome und teleangiektatische Polypen vor.

d) Aetiologisch kommt Gonorrhoe und Klaffen der Urethralmündung in Betracht.

e) Die Zahl der Geburten ist ohne Einfluss auf die Entstehung der Karunkeln.

f) Ihre Symptome sind nur Folgen einer gleichzeitigen Urethritis chronica oder eines Urethralprolapses oder einer hohen Insertion der Karunkel. Z. f. Gyn. u. Gebk. 48. Bd. 1. H.

Die systematische Betastung der Ligamenta sacrouterina ist nach den Ausführungen von Sellheim für die Differentialdiagnose zwischen parametranen Schwellungen und intraperitonealen, bezw. intra-ligamentär entwickelten und nach der freien Bauchhöhle hin gewachsenen Geschwülsten von Wichtigkeit. M. m. W. p. 1231.

Untersuchungen über Veränderungen des Uterus bei akuten Infektionskrankheiten führten Stranoskiadis zu folgenden Ergebnissen:

1. Während akuter Infektionskrankheiten kommt es nicht selten zu akuter Entzündung des Endometriums, welche häufig mit Blutungen verbunden ist.
2. Dieselbe wird in der Regel durch die Erreger der Infektionskrankheiten hervorgerufen, bez. bei Komplikationen letzterer durch den Erreger der Komplikation.
3. Die Erreger der sekundären Endometritis gelangen auf hämatogenem Wege in den Uterus und scheinen namentlich während einer Gravidität oder eines Wochenbetts günstige Bedingungen zur Vermehrung zu finden.
4. Die Ursache eines Abortus oder einer Frühgeburt während einer akuten Infektionskrankheit ist nicht selten in einer auf hämatogenem Wege entstandenen Endometritis zu suchen. M. f. Gebh. u. Gyn. 17. Bd. 1. H.

An Stelle der Menses vikariierende Milchsekretion in Dauer von 4—5 Tagen beobachtete Gauthier bei einer vorher normal aber schwach menstruiert gewesenen Frau mit normalem Befund in den Genitalien. Lyon Méd. Nr. 6.

Die Genitaltuberkulose der Weiber ist nach H. Sellheim zu diagnostizieren aus der Anamnese, den Resten früherer tuberkulöser Erkrankungen

anderer Organe, der mangelhaften Ausbildung des ganzen Körpers oder einzelner Organe oder Organsysteme, wie des Zirkulationssystems, der Genitalien oder abnormem Wachstum der Epidermisgebilde. Charakteristisch für Tuberkulose des Brustfells sind harte, hirsekorn- bis linsengrosse Knötchen, welche man längs der lig. sacro-uterina, der Hinterfläche des Uterus und der lig. lata fühlen kann, zumal bei Untersuchung vom Rektum aus. Für die tuberkulöse Erkrankung der Tuben ist bezeichnend die Rosenkranzform mit sehr harten Knoten. Tuberkulose der Scheide und Portio vaginalis ist mit Hilfe des Spekulums zu diagnostizieren. Hegars Beitr. z. Gebh. u. Gyn. 6. Bd. 3. H.

Die Bestimmung der Beckenmaasse bei Frauen mit engem Becken, welche eine schwere Geburt überstanden haben, nimmt Ahlfeld gern im Wochenbett vor, um für eine künftige Entbindung Vorkehrungen treffen zu können. Am 10. Tage lässt sich durch äussere Untersuchung die Conjugata vera genau feststellen, da man durch die Bauchdecken das Promontorium fühlt. Die Frau soll vor der Untersuchung einige Stunden in rechter Seitenlage zubringen, damit der Uterus nach rechts hinüber fällt. Zur Messung benutzt A. kleine abgemessene Stäbchen, welche er gegen das Promontorium drückt und vorn hinter die Symphyse klemmt. Die Dicke der Haut ist zu den gefundenen Werten hinzuzurechnen. B. kl. W. p. 920.

Die Digitalexploration per rectum hat, wie J. Neumann anführt, nicht nur für die Diagnose gynäkologischer Leiden, bei Virginität und senilen Individuen, sondern namentlich auch im Puerperium, für das Verständnis von Leiden des Mastdarms, welche von den Genitalien abhängig sind oder beeinflusst werden, Wert. W. m. W. Nr. 25.

Nach A. Weiss bildet die Bestimmung der Leukocytenzahl ein brauchbares differential-

diagnostisches Hilfsmittel bei Erkrankungen des weiblichen Genitaltraktus. Andauernde Leukocytose mit Werten über 16000 deutet auf Eiterung, bei deren längerer Dauer die Werte allmählich etwas heruntergehen, aber lange noch hoch bleiben. Nach sehr langem Bestehen reicht die Leukocytose zuweilen bis zur Norm. In solchen Fällen muss das subjektive Befinden und der Genitalbefund die Diagnose entscheiden. Negative Leukocytose bei erst seit kurzem bestehender Erkrankung schliesst Vorhandensein von Eiterherden aus. W. kl. W. Nr. 3.

Die Leukocytenbestimmung bei Erkrankung des weiblichen Genitalapparats erklärt Dützmann für sehr wertvoll. Bei Exsudatbildung sichert sie die Diagnose der eitrigen Einschmelzung (und bestimmt den Zeitpunkt der Incision). Bei eitrigen wie nichteitrigen Adnexerkrankungen hat die Zählung der Leukocyten differentialdiagnostische Bedeutung; bei Myom, Karzinom und Tubarschwangerschaft sichert sie oft allein die Diagnose eines versteckten Eiterherdes. Bei tuberkulösem Eiter sind die Leukocyten nicht vermehrt, bei gonorrhoischem nur wenig. Bei Sepsis sowie Eklampsie ist die Leukocytenzählung von Bedeutung für die Entscheidung, ob operativ vorzugehen ist. M. f. Gebh. u. Gyn. 18. Bd. 1. H.

Zur Autointoxikationstheorie der Hyperemesis gravidarum gibt E. Dirmosar einen Beitrag durch die Geschichte einer Frau, welche in ihrem Magen- und Darminhalt Aceton, Schwefelwasserstoff, Indol und Skatol u. a. toxische Substanzen hatte, und in drei von fünf Schwangerschaften, während welcher diese Substanzen in erhöhtem Masse vorhanden waren, eklamptische Zustände und den Weilschen Symptomenkomplex zeigte. W. kl. W. Nr. 14.

Die Diagnose Hyperaesthesia puerperalis (hysterica) der Bauchhaut stellte K.

Czerwenka in vier Fällen (drei hereditär belastet) auf Grund des Fehlens von Temperaturerhöhung, Druckpunkten und Schmerzanfällen bei einer nur auf Berührung auftretenden Schmerzhaftigkeit der Bauchdecken. W. m. W. Nr. 2.

Diagnostische Verfehlungen bezüglich der Extrauterinschwangerschaft beruhen nach A. Sittner auf falscher Deutung eines tastbaren Tumors bei vorhandener oder irrtümlich angenommener Gravidität. In den Anfangsmonaten der Schwangerschaft können die Erscheinungen derselben so in den Hintergrund treten, dass ein neben dem Uterus liegender Fruchtsack als Adnextumor angesehen wird. Aber auch bei vorhandenen Schwangerschaftssymptomen wird der Fruchtsack verkannt, wenn infolge der die Extragravidität begleitenden Uterushypertrophie die Gebärmutter selbst für schwanger gehalten wird oder durch einen der hintern Uterusfläche anliegenden Fruchthalter die Abgrenzung desselben gegen den Uterus erschwert ist und deshalb Retroflexio uteri gravidi angenommen wird. Umgekehrt kann bei vorhandenen Graviditätssymptomen ein parauteriner Tumor als Fruchtsack angesprochen werden, wo es sich um Latero- bezw. Retroflexio eines normal graviden Uterus oder überhaupt nicht um Schwangerschaft handelt, sondern um gewöhnliche Adnextumoren. In der zweiten Hälfte der Schwangerschaft ist die Gravidität als solche unverkennbar, indess kann ein Fruchtsack bei dichter Anlagerung an den intakten Uterus für die normale, eventuell rektroflektierte schwangere Gebärmutter gehalten werden oder umgekehrt bei normaler Gravidität und verdünnten Uteruswänden entweder ektopische Lagerung der Frucht im Bauchraum oder bei seitlicher Abknickung des Corpus uteri dieses als ein für sich abgrenzbarer Tumor und daher als extrauteriner Fruchtsack angesehen werden.

Ein wesentliches, die Diagnose einer Extrauterinschwangerschaft stützendes Moment ist die Ausstossung der Decidua, welche aber leider

selten ist, und die Beobachtung der bei Extrauteringravidität häufigen Blutungsanomalien. Nach Leopold pflegt bei Extrauterinschwangerschaft die Regel zunächst in normaler Weise einzusetzen, dann ein- oder mehreremale auszubleiben, worauf wiederum ziemlich an einem normalen Regeltermin eine mehrmonatliche atypische Blutung aufzutreten pflegt. Bleibt die Regel scheinbar normal, so zeigt doch Verschiedenheit der Dauer und Menge der einzelnen Blutungen, dass es sich nicht um reguläre Menses handelt; eine stärkere und längere Blutung in Verbindung mit kolikartigen Beschwerden deutet auf stattgehabten Abortus hin. Cullingworth betrachtet die Beschaffenheit des Blutes — dunkel, geruchlos, dicklich — als diagnostisches Zeichen. D. m. W. p. 743.

Als häufigste Ursache der Extrauterinschwangerschaft bezeichnet W. Hahn die Gonorrhoe. Die Häufigkeit hat in den letzten Jahren anscheinend zugenommen teils infolge immer fortschreitender Verbreitung der Gonorrhoe, teils infolge Vervollkommnung der Diagnose. Die beste Prophylaxe gegen Extrauterinschwangerschaft liegt in dem Schutze vor gonorrhoischer Infektion. M. m. W. p. 248.

Durch Injektion menschlicher Placenta in die Bauchhöhle von Kaninchen hat W. Liepmann ein Serum von den Versuchstieren erlangt, mittelst dessen Placentarbestandteile im Blutkreislaufe nachgewiesen werden können durch Auftreten einer Trübung, welche gleich schnell und intensiv auftritt, wie bei Seris, welche aus der Nabelschnur oder dem Reptroplacentarblut gewonnen worden sind. D. m. W. p. 80.

Nach den Untersuchungen von W. Weichardt besteht zur Zeit keine Möglichkeit, vorhandene Gravidität auf biologischem Wege diagnostizieren zu können, denn Trübung und Prä-

zipitierung, welche im verdünnten menschlichen Serum bei Zusatz von Serum mit Placentaraufschwemmung behandelter Kaninchen auftreten, sind für das Serum Gravider durchaus nicht spezifisch; es kommt sogar vor, dass männliche Individuen stärker reagierende Sera liefern als manche Gravide. Hyg. R. p. 491.

Bei einer schwangern Frau muss man, wie P. Zweifel hervorhebt, wenn peritonitische Erscheinungen, d. h. grosse Schmerzen im Unterleib, Ohnmacht, Verfall, Erbrechen und Kleinerwerden des Pulses auftreten, bei Fieberlosigkeit immer zuerst an eine Usur der schwangeren Tube denken.

Bei der Differentialdiagnose zwischen Nabelschnurgeräusch und foetalem Herzgeräusch muss nach Höhne foetales Herzgeräusch angenommen werden, wenn ein mit dem Puls der Mutter nicht synchrones Geräusch einen sehr rauhen Charakter hat, in Dauer und Stärke fortgesetzt gleich bleibt, während der erste oder beide Herztöne dauernd ganz fehlen und wenn dieses Geräusch am Abdomen weit hin, am intensivsten aber in der Gegend des kindlichen Herzens gehört wird. Die Differentialdiagnose kann für Erwägungen, ob auf Erhaltung des Lebens der Mutter oder des Kindes mehr Wert zu legen ist, von Einfluss sein: da Kinder mit kongenitalem Herzfehler überhaupt schlechte Lebensaussichten haben, so wird auf das Leben der Mutter höherer Wert zu legen sein. A. f. Gyn. 69. Bd. 1. H.

Dass die Diagnose des Abortes aus Veränderungen der uterinen Drüsen in den ersten acht Wochen an ausgeschabten Schleimhautstückchen gestellt werden kann, wie dies Opitz behauptet hatte, bestreitet L. Seitz entschieden, da er in zwei Fällen, in welchen sicher keine Gravidität und Endometritis bestand, die von Opitz beschriebenen Drüsenveränderungen vorfand. Z. f. Gebh. u. Gyn. 48. Bd. 1. H.

Das Chorionepithelioma (Deciduoma malignum autorum) ist nach L. Krewer, welcher selbst zwei Fälle beobachtete, eine bösartige epitheliale Neubildung, welche aus dem Epithelüberzuge der Chorionzotten entsteht und seine beiden Zellarten enthält. Diese Zellen behalten in der Geschwulst ihre Gefässwand arrodierende Fähigkeit, wodurch sich die zahlreichen Hämorrhagien erklären. Ihre Lagerung entspricht derjenigen an den Choriumzotten. Die Metastasenbildung geschieht auf dem Wege der Blutbahn. Onkologisch gehört die Geschwulst zu der Gruppe der Karzinome. Z. f. Gebh. u. Gyn. 48. Bd. 1. H.

Bei einer 27jährigen II. Para fühlte Jentzer zwei Köpfe, welche, wenn man sie gegeneinander stiess, die Empfindung hervorbrachten, als wenn zwei Billardkugeln im Wasser gegeneinander schlagen. J. diagnostizierte Zwillinge; es handelte sich aber um Drillinge. Cbl. f. Gyn. Nr. 17.

Seltenere Ursachen der Schwangerschaftsunterbrechung sind nach Kleinwächter Zervixrisse (Vernähen derselben verhindert oft den Abort), Residuen von Entzündungen des Beckenperitoneums, Fibrome des Uterus, Herzfehler, Diabetes mellitus, Hydramnion und Emphysema pulmonum. Parametranes Exsudat hat meist Sterilität zur Folge; tritt aber doch Befruchtung ein, so erfolgt fast immer vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft. Z. f. Gebh. u. Gyn. 49. Bd. 1. H.

Auf Grund von vier selbstbeobachteten Fällen intrauteriner Totenstarre schildert L. Seitz diesen besonders in forensischer Beziehung wichtigen Befund. Zum Zustandekommen desselben sind disponierende Momente, wie z. B. Krämpfe, nicht erforderlich. Der kürzeste Zeitraum zwischen Absterben der Frucht im Uterus und der Geburt des teilweise Totenstarre darbietenden Kindes betrug eine halbe Stunde. Samml. kl. Vortr. Nr. 343.

Fälle von foetalen Inklusionen (Foetus intra foetum) sind bis jetzt sieben beschrieben, der älteste 1812. Zagari hat nun einen neuen Fall beobachtet bei einem 32jährigen Manne, bei welchem seit 12 Jahren ein mit der Leber zusammenhängender Tumor beobachtet wurde, welcher bis zu Kindskopfgrösse heranwuchs und als Echinokokkusblase gedeutet wurde. Eine Punktion entleerte 2 Liter bräunlicher, viel Fett und Detritus enthaltender Flüssigkeit. Als ein Jahr später der Tumor seine alte Grösse wieder erreicht hatte, entschloss sich Pat. zur Operation, welche aber einen letalen Ausgang hatte. Es zeigte sich, dass ein Foetus, 29 cm lang, mit gut erkennbarem Skelett, aber ohne Körperhöhlen, in einer derben, mit dicken Blutgefässen durchzogenen Kapsel, welche von beiden Blättern des Mesenteriums gebildet wurde, eingeschlossen war. — Z.'s Fall zeigt, dass das von Repin und Duval als differentialdiagnostisches Merkmal für foetale Inklusionen gegenüber embryoiden Cystentumoren angegebene Hervortreten sofort nach der Geburt nicht immer zutrifft. Das Wachstum, welches der Tumor zeigte, ist wohl nicht als Wachstum des Foetus, sondern als eine Veränderung des Cysteninhalts infolge äusserer Ursachen zu deuten. Rif. med. Nr. 19 u. 20.

Sechslinge hat H. Vortisch in Alburi an der Goldküste in Afrika bei einer Negerin beobachtet und durch Photographie verewigt. M. m. W. p. 1639.

Bei Säuglingen mit hereditärer Syphilis findet man nach Marfan regelmässig eine vergrösserte Milz. Nachweis derselben gelingt sicher durch Palpation. Fast stets ist auch Anämie vorhanden und zwar in einem der Milzschwellung parallelen Grade. Dagegen fehlen mitunter gänzlich Haut-, Knochen- und Schleimhautaffektionen. Gleichzeitiges Vorkommen von Milzschwellung und Rhachitis schliesst Syphilis nicht aus; in zwei Dritteln solcher Fälle fand Marfan noch weitere Zeichen,

welche die Diagnose Syphilis bestätigten. Rev. de mal. de l'enfance. Mai.

Eine eingehende Besprechung der „Barlowschen Krankheit", des „Skorbuts der kleinen Kinder", gibt O. Heubner, welcher 65 Fälle dieser Erkrankung beobachtet hat. Die Erkrankten waren zu $^3/_4$ Kinder in den letzten 4 Monaten des ersten Lebensjahres, zu $^1/_4$ vor und nach der genannten Periode. Zuweilen sind Verdauungsstörungen bez. Infektionskrankheiten vorausgegangen, meist aber ist das Kind bis zur Erkrankung gut gediehen. Es wird plötzlich verdriesslich und unleidlich und zeigt verminderten Appetit. Dazu kommt in vielen Fällen fahles blasses Aussehen. Vor allem aber äussert das Kind heftige Schmerzen bei Berührung, besonders der untern Extremitäten. Beim Trockenlegen, Baden und Aufnehmen fängt es heftig zu schreien an und zieht die Beine an den Leib. Diese Lage hält es auch mit Vorliebe ein, wenn es in Ruhe gelassen wird. Sonst aber verliert sich Missmut und Geschrei rasch, sobald das Kind, welches den Gesamteindruck eines gesunden machen kann, ruhig auf dem Rücken liegt. Da Empfindlichkeit beim Aufheben ein bekanntes Symptom beginnender Rhachitis ist, so wird häufig beginnende Rhachitis diagnostiziert und entsprechende Behandlung eingeleitet, welche aber erfolglos bleibt. Das Kind wird immer bleicher und nimmt an Gewicht nicht zu. Nun kommen zu den Schmerzen Anschwellungen, vorwiegend in der Nähe der Gelenke der untern Extremitäten, welche besonders, wenn noch Fieberbewegungen auftreten, oft zur Diagnose Gelenkrheumatismus, verführen. Bei genauem Hinsehen findet man, dass die Anschwellungen gar nicht die Gelenke selbst, sondern die anliegenden Epiphysen betreffen und sich oft bis zur Mitte der Diaphyse erstrecken. Die Haut über der Anschwellung ist etwas gespannt. Allmählich treten auch an der Tibia und an den Armen ähnliche Epiphysenschwellungen hinzu. Jetzt kommt man vielleicht auf den Gedanken von multiplen Osteomyeliten. Aber nun lenkt ein neues Symp-

tom die Aufmerksamkeit auf sich: Die blutige Suffusion des Zahnfleisches bei Kindern, welche schon Zähne besitzen: dicke, blaurote, leicht blutende Wülste begrenzen die sich weiss abhebenden jungen Milchzähne.

Heubner rät an die Barlowsche Krankheit zu denken, wenn die Unterextremitäten auffallend schmerzhaft werden. Bei der Rhachitis klagen die Kinder viel gewöhnlicher, wenn sie am Thorax berührt und gehoben werden, viel seltener über die Beine.

Die von Heubner beobachteten 65 Kinder waren sämtlich nicht an der Mutterbrust genährt; sie hatten gekochte Milch mit und ohne Vegetabilien erhalten.

Pathologisch-anatomisch ist die Barlowsche Krankheit charakterisiert durch 1. eine eigenartige Ernährungsstörung mit Wachstumsbehinderung und Baufälligwerden der Knochen und 2. eine Neigung zu Blutaustritten aus den Gefässen, welche vorwiegend das Gebiet des Knochenmarks und Periosts betrifft, aber doch auch auf nicht knöcherne Organe (Haut, Schleimhaut, Nieren) übergreifen kann. Die Knochenerkrankung erstreckt sich auf das Mark, wie den Knochen selbst. Die Markzellen verlieren die Fähigkeit, sich in Osteoblasten umzuwandeln; infolgedessen hört das Knochenwachstum auf. An die Stelle des Spongiom tritt ein mürbes, leicht zerbrechliches und verschiebliches Gewebe; infolge mangelhaften periostalen Wachstums wird auch die Kortikalis atrophisch, osteoporotisch. Dadurch entstehen an der Ossifikationsgrenze der Epiphysen Infraktionen und Blutungen in das Mark und zwischen Periost und Kortikalis. Der Verlauf der Krankheit ist immer ein sehr chronischer, solange nicht die geeignete Behandlung: Darreichung ungekochter Milch, einsetzt. B. kl. W. p. 285.

XIII. Die Haut.

L. Jakobi: Atlas der Hautkrankheiten mit Einschluss der wichtigsten venerischen Erkrankungen. 1. Abt. Wien. Urban und Schwarzenberg.

Mit Hilfe des Herzschen Apparats zur Thermopalpation fand E. Sommer, dass die Temperatur der Haut über chronisch erkrankten Gelenken niedriger ist als auf der gesunden Seite, wenn nicht eine akute Exacerbation des Prozesses vorliegt, in welchem Fall das Verhältnis umgekehrt ist. B. kl. W. p. 908.

Zur Bestimmung der Schmerzempfindlichkeit der Haut empfiehlt R. v. Hoesslin das von ihm erfundene Algesimeter. Durch eine feine Schraube kann man eine Nadelspitze um Teile eines Millimeter aus dem unten stumpfen bleistiftartigen Instrumente hervorragen lassen; man bestimmt dann die Tiefe, bis zu welcher eingestochen werden musste, um Schmerz zu erzeugen. v. H. hält sein Instrument wegen seiner einfachen Handhabung und der raschen Bestimmbarkeit der Schmerzempfindlichkeit für klinische Zwecke für ebenso bequem wie den Weberschen Tasterzirkel zur Bestimmung der Tastkreise. (Den Algesimeter liefert Katsch in München für 12 Mk.) M. m. W. p. 250.

Adipositas dolorosa — (Dercumsche Krankheit) ist nach A. Weiss charakterisiert durch abnorme lokale oder diffuse Fettansammlungen der Oberfläche des Körpers und Schmerzhaftigkeit bei Druck. Spontane Schmerzen finden sich nur in einzelnen Fällen. Füsse, Hände und Gesicht werden nie befallen. Wahrscheinlich ist die Adipositas dolorosa Folge einer Erkrankung des Nervensystems. Der Verlauf ist stets chronisch, die Prognose günstig. W. kl. W. N. 17.

G. Trautmann: Zur Differentialdiagnose von Dermatosen und Lues bei den Schleimhauterkrankungen der Mundhöhle und oberen Luftwege, mit besonderer Berücksichtigung der Hautkrankheiten als Teilerscheinungen. I. F. Bergmann, Wiesbaden.

„Zur Differentialdiagnose von Dermatosen und Lues bei den Schleimhauterkrankungen der Mundhöhle und oberen Luftwege mit besonderer Berücksichtigung der Hautkrankheiten als Teilerkrankungen" betitelt sich ein Buch von G. Trautmann (Wiesbaden, Bergmann), in dessen erstem Teil die Ausschläge als Teilerscheinungen äusserer Hauterkrankungen und deren Differentialdiagnose besprochen werden (Lichen ruber, Erythema exsudativum multiforme, Erythema nodosum, Herpes, Intoxikationen, Pemphigus, Ekzem, Impetigo herpetiformis, Psoriasis, Lupus erythematodes, Lupus vulgaris und Tuberkulose, während der zweite Teil die selbstständigen, nicht als Teilerscheinungen von Hautleiden auftretenden Schleimhauterkrankungen differentialdiagnostisch in Bezug auf Lues bespricht. —

Bei Erysipel berechtigen Auftreten von Zylindrurie und Albuminurie, wie R. Pollatschek ausführt, noch nicht dazu, eine schlechte Prognose zu stellen. P. sah bei 38 Proz. der von ihm beobachteten Erysipele Schädigungen der Niere, welche bald als einfache Zylindrurie, bald als Albuminurie ohne Zylindrurie, bald als Albuminurie mit Zylindrurie ihren Ausdruck fand. C. f. i. M. N. 20.

Ein Fall von Bazins Erythème induré gibt Harttung und Alexander Gelegenheit darauf hinzuweisen, dass diese in Bildung von chronischen, derben subkutanen Knoten an den Unterschenkeln Skrofulöser, zuweilen mit Erweichung und Ulceration bestehenden Leiden von manchen als „Tuberkulid", d. h. als tuberkulotoxische Erkrankung, von andern als embolische Tuberkulose aufgefasst werden. In dem von den Vff. beobachteten Falle handelte es sich um einen an Lungentuberkulose und Wirbelkaries leidenden Mann. In den Knoten wurden Tuberkelbazillen durch Färbung, nicht aber durch Tierimpfung nachgewiesen. A. f. Derm. u. Syph. 60. Bd. p. 39.

Für die Differentialdiagnose der nach Injektion von Diphtherieheilserum auftretenden Exantheme, insbesondere der scharlachähnlichen von Scharlach stellt Oberwinter zwei Grundsätze auf: 1. Die in den ersten fünf Tagen nach Seruminjektion bez. nach der Hospitalaufnahme auftretenden spriesslichen Exantheme sind mit grosser Vorsicht zu beurteilen und werden meist echte Skarlatina sein. 2. Beginn des Exanthems an der Injektionsstelle spricht nicht sicher für Serumexanthem. — Für Skarlatinaexantheme, welche während der ersten Tage des Hospitalaufenthalts bei echter Diphtherie auftreten, nimmt O. primäre Doppelinfektion mit Diphtherie und Scharlach an. D. m. W. p. 989.

C. Berliner macht darauf aufmerksam, dass nicht selten Exantheme nach Gebrauch von Jod, Antipyrin und diesen nahestehenden Medikamenten, wenn sie an der Grenze von Haut und Schleimhaut auftreten und Aehnlichkeit mit nässenden Papeln haben, mit Syphilis verwechselt werden. — Die Differentialdiagnose zwischen Syphilis und Arzneiexanthemen muss sich gründen auf die Anamnese und das rasche Verschwinden des Ausschlags nach Fortlassen der Medikamente. M. f. pr. Derm. 35. Bd. N. 4.

Geroderma genito-dystrophicum oder (nach dem ersten Beschreiber derselben Rummo-Palermo) Morbus Rummo muss, wie Bueri bei Beschreibung der Erkrankung eines 14jährigen Mädchens hervorhebt, stets die Symptomentrias zeigen: greisenhaftes Aussehen des Gesichts, mangelhafte Entwicklung der Genitalien mit Impotenz und spärlichen Haarwuchs mit frühzeitigem Ergrauen des Hauptes. Bei Infantilismus, welcher mit Morbus Rummo manche Aehnlichkeit zeigt, ist das Gesicht kindlich rosig, glatt und weich, ferner ist die psychische Entwicklung zurückgeblieben. Rif. med. N. 23.

Als Ursache für die Entstehung der Glatze sieht M. Schein in denjenigen Fällen, wo mikroparasitische Aetiologie nicht nachzuweisen ist, die starke Spannung der Kopfhaut an, besonders auf der Höhe des Schädels, wo Muskelzug des M. occipitalis und frontalis zusammenwirkt. Die im höheren Alter eintretenden Formveränderungen des Schädels begünstigen diese Wirkung. S. ist geneigt, Erblichkeit der Glatze auf Erblichkeit der Schädelform zurückzuführen. W. kl. W. N. 22.

Einen Fall von Hautgeschwüren gonorrhoischer Natur bei einem mit Tripper behafteten Mädchen beschreibt O. Salomon. M. m. W. p. 376.

Dass es sich beim Lupus erythematodes um ein Tuberkulid handeln könne, hält Gunsett für völlig ausgeschlossen. M. m. W. p. 378

Als charakteristisches Zeichen der Pellagra bezeichnet Stefanowicz intensive Rötung der belagfreien Zungenoberfläche, auf welcher sich die Papillae fungiformes scharlachrot gefärbt erheben. Meist besteht auch starke Salivation. Bei pellagrakranken Frauen findet man ähnliche Veränderungen an den äussern Genitalien. Unter 52 Patienten, welche St. untersuchte, war keine Gravida. W. kl. W. Nr. 39.

Die Pityriasis rosea Gibert wird nach Erfahrungen von O. Lassar fast ausnahmslos durch das Tragen neuer Wäsche (Unterzeug, Strümpfe, Trikots, Sporthemden, Bade- und Frottiertücher) verursacht, welche vor dem Anlegen nicht gewaschen, sondern in dem Zustande, in welchem sie gekauft war, gebraucht wurde. Die Krankheit hat wegen rel. Aehnlichkeit leichter Eruptionen (squamöse, blassbräunliche Kreise) mit spezifischen Exanthemen, kräftiger mit Psoriasis und Ekzema seborrhoicum, ferner durch die rasche periphere und regionäre Entwickelung und

das anfangs zwar geringe, später aber zu Reizekzem führende Jucken ein diagnostisches Interesse. B. kl. W. p. 815.

Ein Kind mit einer ganz eigenartigen Erkrankung, für welche er den Namen Staitinodermie (von σταίτινος-teigig) erfand, stellte Baginsky in der Berliner med. Gesellschaft vor. Ein 6jähriges Kind zeigte am ganzen Gesicht, mit Ausnahme einer kleinen Partie um den Mund und am ganzen Körper eine sich bretthart, steif und fest, wie Kautschuck anfühlende, aber glatte und zarte Haut. Die Sensibilität war intakt, ebenso die Motilität. Der Gesichtsausdruck glich in der Ruhe dem eines zierlichen Puppenkopfes; Lachen und die gesamte mimische Aktion hatten wohl etwas Eigenartiges, waren aber keineswegs behindert. Die sonderbare Derbheit erstreckte sich auch auf die Muskulatur und die Zunge, welche glatt und feucht, aber fest, derb und hart erschien. Sprache und Schlingen unverhindert, Haut- und Muskelreflex ungestört. B. hält die Erkrankung für durchaus eigenartig; sie sei nicht zu verwechseln mit Sklerodermie, Sklerödem oder Sklerema adiposum der Säuglinge oder mit Myxoedem. — Lassar will die Erkrankung unter das Sklerom, bei welchem in der Cutis vasculosa unterhalb der adiposa ein Verdichtungsprozess besteht, einreihen. Vortr. in der Berliner med. Gesellsch. — B. kl. W. p. 441.

Als latente Scarlatina bezeichnen Bernard und Caziot nicht erkannte Fälle, in welchen nur eine leichte, rasch vorübergehende Eruption eines Exanthems mit Trachealreizung und Kopfschmerz oder leichte Angina mit Rötung des Pharynx, geringem Fieber und Mattigkeit besteht. Merklen berichtete von einer sieben Fälle umfassenden Scharlachepidemie in einer Schülerpension, als deren Ursache sich Ansteckung durch einen Knaben ergab, dessen Haut lebhaft abschilferte, bei dem aber vorher nur eine ephemere Hautrötung beobachtet worden war. Soc. méd. des hôp. — Vereinsbeil. der D. m. W. p. 296.

Nach Sloan kamen in den Fieberhospitälern in London unter 14143 Scharlachfällen 154 = 1,09 Prozent Rückfälle vor, die zumeist als Rückfälle (Autoinfektion), nicht als Folge neuer Ansteckung von aussen anzusehen sind. Lancet. 14. Febr.

XIV. Augen.

H. Wolff: Ueber die Skiaskopietheorie, skiaskopische Refraktionsbestimmung und über mein elektrisches Skioskopophthalmometer, nebst Bemerkungen über die Akkommodationslinie und die sphärische Aberration des Auges. Eine Monographie, Berlin. J. Karger. (60 S. 3 M.)

W. gibt eine neue Theorie der Skioskopie und viele neue Beobachtungen über das ophthalmo- und skiaskopische Gesichtsfeld, die zentrale graue Scheibe, die schräge Schattengrenze und die Akkommodation des Untersuchenden. Mittelst W.s elektrischen Skiaskopometers werden die Untersuchungen erleichtert.

Einen neuen Astigmometer hat E. Mulder angegeben. Das Instrument, vor dessen Anwendung der Grad der Myopie bez. Hypermetropie, sowie die Richtung des Astigmatismus bestimmt sein müssen, besteht aus zwei in ihrer Achsenstellung regulierbaren, am Auge vorüberzuführenden Linealen mit Konvex- bez. Konkavzylindern. Kl. Mtsbl. f. Augenhk. 41. Bd. p. 281.

Bei plötzlich entstandenem, anderweit ätiologisch nicht klar liegendem Exophthalmus denke man, wie K. Grunert rät, an Haarfärbemittel; so kann das in einigen verbreiteten Haarfärbemitteln enthaltene Paraphenildiamin Exophthalmus, Chemosis und Tränenträufeln hervorrufen. Sitzungsbericht der Deut. ophthal. Gesellsch.

Ein Fall von Amaurose gibt W. Hauenschild Gelegenheit hervorzuheben, dass die urä-

mische Amaurose abweichend von den meisten Formen der Nierenerkrankung dem Augenarzt keine mit dem Augenspiegel nachweisbare Veränderung zeigt. Auch die Kenntnisse über den urämischen Symptomenkomplex sind bis jetzt sehr geringe; sie beschränken sich darauf, dass weder die Retention des Harnstoffs allein, noch die im Harn enthaltenen Salze allein diesen Symptomenkomplex hervorrufen, sondern dass Erscheinungen von Urämie auftreten, sobald überhaupt Bestandteile des Harns zurückgehalten werden. B. kl. W. p. 163.

In einem Fall von Diabetes stellte Hale-White (wie Heyl bereits 1880) aus der gelben Farbe der Blutgefässe des Augenhintergrundes die Diagnose Lipaemie, welche durch mikroskopische Untersuchung des Blutes bestätigt wurde. Lancet. 10. Okt.

Eine periodische Okulomotoriuslähmung beobachtete E. Kollarits bei einem 17jährigen Mädchen, bei welchem das Leiden seit dem 7. Lebensjahre jährlich 3—4mal in folgender Weise auftrat: Eine Woche lang besteht Kopfschmerz oberhalb des rechten Auges; nach Aufhören des Schmerzes schliesst sich das Auge, bleibt 2 Tage geschlossen und öffnet sich dann allmählich binnen 1—2 Wochen. Die Augenbewegung ist während der Anfälle nicht behindert. Nachweisen lässt sich rechtsseitige Okulomotoriuslähmung und Hyperästhesie bei Berührung. Vereinsbeil. der D. m. W. p. 150.

Einen Primäraffekt an der Bindehaut sah Enslin bei einer Hebamme, welcher bei der Entbindung eines syphilitischen Kindes Fruchtwasser in das Auge gespritzt war. Es entstand 4 Wochen danach an der Konjunktiva bulbi ein speckiges Geschwür mit Infiltration der Umgebung und schmerzloser Schwellung der gleichseitigen submaxillaren Lymphdrüsen. Vereinsbeil. der D. m. W. p. 38.

Mit Fournier, Haab, van Moll, Morax und Elmassian, Fage, Greif u. a. tritt W. Apetz dafür ein, dass Bindehautentzündungen auf einer gonorrhoischen Metastase beruhen können und berichtet über einen derartigen Fall. M. m. W. p. 1340.

Zur Entscheidung der Frage, ob eine Keratitis parenchymatosa der Ausdruck einer Lues hereditaria oder Tuberkulose sei, weist Enslin auf die diagnostische Verwertbarkeit des Alttuberkulins hin. Ueberall wo keine Reaktion auftrat, liess sich in den von Enslin beobachteten Fällen Lues hereditaria auch auf anderem Wege nachweisen und ergaben sich dort, wo typische Reaktion bestand, auch andere Anhaltspunkte für Tuberkulose. E. macht auf den steilen Anstieg und steilen Abfall des meist 10 — 12 Stunden nach der Injektion einsetzenden Fiebers aufmerksam. Die auch bei Lepra und Aktinomykose nach Tuberkulininjektion auftretenden Temperatursteigerungen kommen praktisch nicht in Betracht. D. m. W. p. 155.

Bei Verdacht auf Tuberkulose der Iris empfiehlt Gourfein frühzeitige Probepunktion der vordern Augenkammer und Injektion des gewonnenen Materials in die Vorderkammer von Kaninchen und Meerschweinchen, Uebergang auf Kulturböden und direkte Untersuchung auf Tuberkelbazillen. G. hält die Diagnose auf diesem Wege für sicherer als die Tuberkulinprobe. Nach Feststellung der Diagnose empfiehlt er, besonders bei primärer Erkrankung des Auges an Tuberkulose, sofortige Enucleatio bulbi. Rev. méd. de la Suisse rom. 23. Bd. p. 223.

Gelegentlich der Vorstellung eines merkwürdigen Falls von hysterischer Blindheit bei einem 12 jährigen Mädchen, welches durch hypnotische Suggestion dauernd geheilt wurde, betont Crzellitzer die Exaktheit der Diagnose, welche ermöglicht wird durch Ausschluss jeder organischen Läsion durch Beobachtung der Nieren und Blut-

gefässe, des Pupillarreflexes und durch Anwendung der Simulationsproben. Vorhandensein anderer hysterischer Symptome ist nicht notwendig. Von Interesse ist das Verhältnis zur Simulation. Der Simulant bekommt von seiner sehenden Netzhaut Eindrücke und unterdrückt sie willkürlich; kann er nicht mehr wissen, ob er mit dem rechten oder linken Auge wahrnimmt (und darauf laufen alle Simulationsproben hinaus), so fällt er hinein. Die Netzhaut eines durch Hysterie amaurotischen Auges ist gegen Licht so unempfindlich, dass es gar keine Eindrücke empfängt; der Patient besteht deshalb jede Probe. Th. M. p. 403.

Zur Untersuchung des Augenhintergrundes und zur Sichtbarmachung von intraokulären Fremdkörpern während der Operation hat M. Sachs eine neue Durchleuchtungslampe konstruiert, welche auf dem den Physikern lange bekannten, für medizinische Zwecke zuerst von Voltolini und Wolz empfohlenen Prinzip der Fortleitung von Licht mittelst zylindrischer Glasstäbe beruht. Als Lichtquelle dient eine 25 Kerzen starke, zur Hälfte mit Spiegelfolie überzogene Glühlampe, welche von einem runden Blechgehäuse von 10 cm Durchmesser ganz umschlossen ist. In die Mitte der Vorderfläche desselben ist ein 6 cm langer, konischer Glasstab, dessen Mantelfläche geschwärzt ist, lichtdicht eingelassen. Die der Lichtquelle zugekehrte Fläche des Stabes hat 15 mm, das spitzere Ende, welches an das Auge angelegt wird, 3 mm Durchmesser. (Zu haben bei A. Schwarz in Wien.) M. m. W. p. 741.

Wagenmann konnte bei einem Patienten, welchem beim Auflegen eines Reifen auf ein Fass etwas in das Auge geflogen war, bei welchem aber zwei Aerzte einen Fremdkörper nicht entdecken konnten, nicht nur die Diagnose sichern, sondern auch dem Patienten selbst demonstrieren, dass ein Eisensplitter im Auge vorhanden war, dadurch, dass man denselben mittelst eines 4 Pfund schweren

Handmagneten (Elektromagnet, kurze Ansatzspitze) durch das Gesichtsfeld nach dem Magnetpol hin verschieben konnte. M. m. W. p. 1316.

Chorioidealtuberkel sind nach der Retina hin prominent. Dass diese für die Diagnose wichtige Eigenschaft aber auch einmal fehlen kann, beweist ein von E. Margulies berichteter Fall, in welchem die Prominenz fehlte und deshalb intra vitam eine sichere Diagnose nicht möglich war. Als Grund für dieses Verhalten ergab die Untersuchung post mortem, dass die Tuberkel sich nicht in der Choriokapillaris, sondern in den Wandungen grösserer Venen in der tiefern Schicht der Aderhaut entwickelt hatten. Z. f. kl. M. 48. Bd. 3. H.

Netzhautblutungen hat Fleming bei einer Reihe von Schädelbasisfrakturen beobachtet und rät deshalb, zur Diagnose der letztern die erstern zu verwerten. Er bringt sein Material in vier Gruppen: Bei der ersten bestanden auf einer Seite subarachnoideale und zugleich Netzhautblutungen; bei der zweiten bestanden subarachnoideale und Netzhautblutungen doppelseitig; bei der dritten Gruppe bestanden keine Netzhaut- und nur kleine subarachnoideale Blutungen; bei der vierten hatten sich die subarachnoidealen Blutungen bis zur Netzhaut fortgepflanzt. Edinb. m. J. p. 297. April.

Einen der seltenen Fälle von cerebellarer Atrophie des Sehnerven bei Tumor der Schädelbasis beobachtete F. Mendel. Es war ein karzinomatöser Tumor, welcher von der Mundhöhle aus in die Orbita gewuchert war; der Tumor übte dort wohl einen Druck auf den Nervus opticus, welcher dadurch zur peripher fortschreitenden Atrophie gebracht wurde. B. kl. W. p. 759.

Die meisten Pupillometer haben nach Bumke zwei Nachteile: einmal können die Pupillenweiten nicht direkt abgelesen, sondern nur durch Vergleich festgestellt werden, sodann gestatten sie

nur, den unter bestimmten Bedingungen vorhandenen Pupillendurchmesser zu messen, erlauben aber kein Urteil über die Intensität der Irisbewegung, z. B. bei Prüfung des Lichtreflexes. Um diesem Uebelstande abzuhelfen, muss Pupille und Massstab gleichzeitig sichtbar gemacht und im Auge des Beobachters zur Deckung gebracht werden. Das kann erreicht werden durch Verbindung eines Fadenkreuzes mit einem Fernrohr oder durch Projektion des Maassstabes in der Pupillenebene durch eine Spiegelvorrichtung. Dieses Prinzip liegt dem von Bumke konstruierten, ohne Abbildung schwer zu beschreibenden Instrumente zu Grunde. (Zu haben bei H. Elbs, Freiburg i. B., Friedrichsstr.) M. m. W. p. 1343.

Ueber Häufigkeit und klinische Bedeutung der Pupillendifferenz und der „springenden" Mydriasis stellte O. Schaumann Untersuchungen an. Einfache Pupillenungleichheit fand er häufig bei Neurosen, öfter als bei Erkrankungen ohne Störung des Nervensystems. Eine nicht direkt auf ein organisches Leiden des Nervensystems oder eines andern Organs zurückführbare Mydriasis muss man als Ausdruck einer konstitutionellen Anomalie auffassen. Sch. unterscheidet deshalb symptomatische und konstitutionelle Anisokorie und teilt letztere in kongenitale anatomische und rein funktionelle. Unter den funktionellen Formen sieht Sch. die „springende" Mydriasis, die alternierende Form, als ein hysterisches Symptom an, nicht aber als Vorläufer einer progressiven Paralyse. Einfache Pupillendifferenz hat hiernach nur beschränkten Wert für die Diagnose; sie ist vielmehr ein Merkmal konstitutioneller Minderwertigkeit, wie andere Degenerationszeichen. Z. f. kl. M. 49. Bd. 2. H.

Nach Untersuchungen von Placzek über das Verhalten der glatten Muskeln bei der Totenstarre verengern sich die Pupillen Gestorbener schon binnen der ersten beiden Stunden und erreichen den Höhenpunkt der Verengerung nach

6—24 Stunden. Alsdann tritt wieder Erweiterung auf. Virchows Arch. 173. Bd. 1. H.

XV. Ohren.

Nach E. Jürgens gelingt es mittelst der Hörprüfungen mit der Stimmgabelreihe nach Bezold oft bei taubstummen Kindern noch Hörreste zu finden, welche für den Unterricht Taubstummer verwertbar sind. Petersb. m. W. Nr. 2.

Ein Ohrspekulum mit verstellbarer Lupe hat Bergmann angegeben: der konische Ohrtrichter ist mit einem Zylinder fest verbunden, innerhalb dessen ein anderer Zylinder verschiebbar ist, welcher an seinem innern Ende die Lupe in einer offenen Fassung trägt. (Zu haben bei H. Windler in Berlin für 6 M. in zwei Grössen.) D. m. W. p. 375.

Die Diagnose der Alkohol- und Nikotinneuritis der Gehörnerven ist, wie Alt ausführt, leicht zu stellen, wenn bei einem starken Trinker oder Raucher Herabsetzung des Gehörs und subjektive Geräusche, ohne dass die objektive Untersuchung eine Abnormität nachweist, eintritt. In weiter vorgeschrittenen Fällen lässt sich Verkürzung der Knochenleitung und Einengung der obern Tongrenze nachweisen. Mtsschr. f. Ohrenkh. Nr. 4.

Bei einem Drittel seiner Ohrenkranken fand v. Kosteljanetz Veränderungen im Nasenrachenraum oder der Nase und nimmt an, dass in diesen Fällen das Ohrenleiden von der Erkrankung der genannten Körperregionen seinen Anfang genommen habe. Petersb. m. W. N. 13.

Im Ohreiter fand L. Neufeld säurefeste Pseudotuberkelbazillen. Dieselben sind durch die Färbemethode von Hosell, Bunge und Trautenrot sowie durch Tierimpfungen als unechte Tuber-

kelbazillen von echten wohl zu unterscheiden. A. f. Ohrenkh. 59. Bd. 1. H.

Otomykosis durch Aspergillus niger beobachtete Katz in einem Falle, in welchem plötzlich Schmerzen und Jucken im Ohr und Ausfluss einer schwarzen dünnen Flüssigkeit sich einstellte und im Ohr Membranen, wie feuchtes bedrucktes Zeitungspapier aussehend, sich fanden. Grossmann, welcher den Aspergillus niger bei etwa $^1/_4$ Promille seiner Ohrenkranken gefunden hat, warnt vor Verwechslung mit der sich im Ohr nach längerem Gebrauch von Präzipitatsalbe oft bildenden schwärzlichen Schmiere. Vereinsbeil. der D. m. W. p. 27.

Ein Empyem des Saccus endolymphaticus kann neben Labyrintheiterung, wie W. Schulze betont, bestehen, ohne dass sich für die Diagnose verwertbare klare klinische Erscheinungen vorfinden. A. f. Ohrenheilk. 54. Bd. 4. H.

Bei Ohrenschwindel rät Randall nicht nur die Ohren, sondern auch die benachbarten Höhlen, sowie die Refraktion und die Funktionsfähigkeit der Muskeln der Augen zu prüfen, da krankhafte Veränderungen dieser Organe nicht selten den Ohrenschwindel bedingen. J. of the Am. med. Ass. N. 9.

Die Diagnose der reinen Stapesankylose bietet, wie Denker ausführt, an der Hand der Anamnese wie des objektiven und funktionellen Befunds keine grossen Schwierigkeiten. Bei durchgängiger Tube und normalem Trommelfellbefund darf man annehmen, dass es sich um Stapesfixation handelt, wenn die funktionelle Prüfung bei erheblicher Herabsetzung der Hörweite für die Sprache den Symptomenkomplex der Bezoldschen Trias: Heraufrücken der untern Tongrenze, Verlängerung der Kopfknochenleitung und negativen Ausfall des Rinneschen Versuchs aufweist. B. kl. W. p. 646.

Nach Messungen von Brunzlow ist die Stellung des Hammergriffes im normalen Trom-

melfellbilde des Menschen rechts um 6—7° steiler als links — wie B. vermutet infolge der verschiedenen Neigung des Annulus tympanicus zur Horizontalebene in beiden Körperhälften. A. f. Ohrenkh. H. 4.

Bei extraduralem otogenen Abszess kann, wie I. Braunstein hervorhebt, die Diagnose nur mit Wahrscheinlichkeit gestellt werden. Die häufigsten Erscheinungen sind lokale Veränderungen des Ohrs und seiner Umgebung, Schmerz in der erkrankten Kopfseite, Schwindelanfälle und gastrische Erscheinungen, seltener dagegen Nackenstarre, Neuritis optica und Pulsverlangsamung. Fieber fehlt ganz oder ist gering. A. f. Ohrenkh. 54. Bd. 4. H.

Für die Steinbildung in der Paukenhöhle, wie sie Kretschmann bei einem elfjähr. seit dem ersten Lebensjahr an Ohreiterung und Abszessbildung leidenden Knaben in der Gestalt eines erbsengrossen in Granulationen eingebetteten Konkrements fand, hat Bezold den Namen „Otolithiasis" vorgeschlagen. B. kl. W. p. 647.

In 32 von 40 Fällen postskarlatinöser Ohraffektionen fand Forbes im Ohreiter Diphtheriebazillen, jedoch erst nach mehrtägigem Bestehen des Ohrleidens. F. glaubt, das Ohrleiden stelle eine echte Metastase der Skarlatina dar und erst sekundär seien Diphtheriebazillen auf dem Wege der Eustachischen Röhre von der Nase her eingewandert. Journ. of Pathol. and Bakteriol. Mai.

Ueber den Wert otitischer Symptome für die Diagnose von Kopfverletzungen bez. Basisfraktur spricht sich Stenger aus. Da bei Kopfverletzungen meist das Gehörorgan mitbetroffen ist, so lässt sich aus der Art der Verletzung desselben, der Art und Schwere der Symptome ein Schluss auf die Schwere der Verletzung ziehen. Wirklichen Wert für die Beurteilung bestehender bez. überstandener Kopfverletzungen haben nur die funktionellen Symptome. Bei Kopfverletzungen kann das

Zentralorgan selbst: die Akustikuskerne oder der Akustikus in seinem Verlauf oder in seiner Endausbreitung im Labyrinth betrofffen werden oder es können auch isoliert das Mittelohr oder die Schnecke oder die Bogengänge verletzt werden. Die dabei auftretenden Symptome äussern sich in 1. Hörstörungen und Gehörempfindungen, 2. Schwindel, 3. Nervenlähmungserscheinungen. Meist treten diese Erscheinungen im unmittelbaren Anschluss an die Verletzung auf, oft auch zeigen sie sich allmählig. Am wichtigsten sind die Gehörstörungen. Bei der reinen traumatischen Neurose ist ausschliesslich das Grosshirn Sitz der Erkrankung und es sind pathologisch-anatomische Grundlagen einer krankhaften Veränderung nicht zu finden. In solchen Fällen aber, in denen auf Grund funktioneller Untersuchungen eine Erkrankung des Gehörorgans neben Störung der Psyche vorhanden ist, ist die Beurteilung dieses Organs das Wichtigere, in sofern dadurch ein Fingerzeig gewonnen wird für Art und Schwere der Verletzung. B. kl. W. p. 93.

Sachregister.

Autoren - Register.

LANGENSALZA, JULIUS BELTZ.

ABC der landärztlichen Praxis. Versuch eines Leitfadens der Taktik und Praktik für Land- und Kleinstadtärzte. Aus eigener und langjähriger Erfahrung mehrerer Kollegen herausgegeben von ***
gr. 8° (175 S.) 1898. M. 3.20
in Ganzleinen gebunden M. 3.80

Ein schon mehrere Jahre in der landärztlichen Praxis stehender Arzt, dem das Manuskript vor der Drucklegung vorlag, äusserte sich folgendermassen

„Mit grösstem Interesse habe ich das Manuskript durchgelesen und gefunden, dass dasselbe von in der Praxis erfahrenen Kollegen mit Liebe und Sachkenntnis geschrieben ist und sicher nicht nur von jungen Kollegen sondern auch von vielen älteren gekauft werden wird, da es wirklich einem Bedürfnis entspricht."

„Die ärztliche Praxis", Ref. Guttmann:

... Dass hier der Niederschlag der Erfahrungen eines gereiften Mannes, der Poesie und Prosa des Lebens scharf von einander zu trennen vermag, vorliegt, wird jeder Leser bald selbst merken. Autor hat, wie er selbst sagt, oft zu sehen Gelegenheit gehabt, wie junge Kollegen neben ihm in die Praxis traten, und wird dabei häufig bemerkt haben, wie unpraktisch und wenig lebensklug mancher sich dabei benommen hat. Zu solcher Nutzen und Frommen gibt er frank und frei seine innerste Überzeugung nach eigener und anderer Kollegen Erfahrung zum besten ...

Brandenburg, Dr. G., Die Basedowsche Krankheit. 8° (136 S.) 1894. M. 3.60

Centralblatt für Nervenheilkunde, Juli 1895:

... Das Schriftchen ist gut durchgearbeitet, zeugt von vielem Fleiss und kritischer Urteilskraft (Buschan.)

Ärztliche Rundschau, 1895, Nr. 33:

Die vorliegende Arbeit des Trierer Augenarztes ..., bietet soviel Gesichtspunkte, dass ihre Drucklegung eine wohlverdiente ... Die ganze Arbeit legt von dem Fleiss und dem ernsten wissenschaftlichen Streben des Verfassers ein beredtes Zeugnis ab.

Eschle, Dir. Dr., vord. I. Assistenzarzt, Kurze Belehrung über die Ernährung und Pflege des Kindes im ersten Lebensjahr, 4. mit der 3. neubearb. und vermehrten Auflage gleichlautend. 12° (VIII, 86 S.) 1901. M. 1.20, gebd. M. 1.60

Centralblatt für Kinderheilkunde, 1901, Heft 9:

Dass das Werkchen trotz der ergiebigen Literatur auf diesem Gebiete die vierte Auflage erlebte, spricht immerhin dafür, dass es seiner Aufgabe gerecht wurde .. Mit dem Schriftchen wurde, wie in den Kritiken gelegentlich der früheren Auflage verschiedentlich hervorgehoben wurde, einem vielfach empfundenen Bedürfnisse der Ärzte abgeholfen, die trotz vielfacher mündlicher Wiederholung ihrer Belehrungen doch immer wieder ihre guten Ratschläge von den jungen Müttern vergessen oder missverstanden zu sehen pflegen, wenn sie sie ihnen nicht schwarz auf weiss in die Hand geben können.

Therapeutische Monatshefte, 1901 Oktober. Ref. Bock, Berlin:

Die vorliegende Schrift, die ihre Entstehung der richtigen Überlegung verdankt, dass mündliche, selbst oft wiederholte Belehrungen der Mütter fast immer fruchtlos sind, zeichnet sich durch eine äusserst klare und präzise Ausdrucksweise aus ... Das Buch ist durchaus geeignet, in den Händen der Mütter Gutes zu stiften, und die Ärzte können es ihren Klienten durchaus warm empfehlen.

Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege, 1901:

Ausgezeichnet durch klare, leichtverständliche Darstellung, nichts Unnötiges, aber alles Nötige nach dem gegenwärtigen Stande unseres

Wissens enthaltend. Unter den unzähligen Schriften gleichen Zweckes hervorragend und, wie die rasche Folge von vier Auflagen zeigt, von Ärzten und Müttern warm aufgenommen.

Eydam, Dr., Ozon u. seine Beziehungen z. Influenza. Verbesserung der Luft in den Wohnräumen durch künstl. Ozon. gr. 8⁰ (40 S.) 1901. M. 1.—

Wochenschrift für Therapie u. Hygiene d. Auges, 1901, Nr. 27:
. . . Der Broschüre, welche auf die schädlichen Einflüsse einer ungesunden Luft hinweist und diesbezügliche Abhilfe zu schaffen sucht, liegt eine gesunde Tendenz zu grunde. Die lesenswerte Broschüre wird Anlass zu weiteren Untersuchungen in dieser Richtung geben . . .

Goldschmidt, Dr. Sigism., Die Tuberkulose und Lungenschwindsucht, ihre Entstehung, nebst einer krit. Übersicht ihrer neuesten Behandlungs-Methoden u. Anhang über Familienerkrankungen an Schwindsucht. 8⁰ (112 S.) 1894. M. 2.20

Der Kinder-Arzt, 1895, Heft 2. Ref. Ephraim (Breslau).
Das vorliegende Büchelchen kann jedem praktischen Arzte nicht warm genug empfohlen werden. . . . Darum muss man dem Verf. Dank wissen, dass er in verhältnismässig konziser Form und in klarer anschaulicher Darstellung alles das zusammengefasst hat, was in der Pathologie der Tuberkulose auf Beachtung Anspruch verdient und so eine Monographie über die Tuberkulose geschrieben hat.

Gruenbaum, Dr. Ferd., Erklärung des Stotterns, dessen Heilung und Verhütung. gr. 8⁰ (63 S.) 1897. M. 1.—

Centralblatt für Kinderheilkunde, 1898, Nr. 4:
In dem Werkchen bespricht der Autor das Thema in fesselnder Weise. Man erkennt in den Ausführungen die Feder eines Praktikers, der aus seinen Erfahrungen heraus seine Kollegen belehren will. Das Büchelchen sei warm empfohlen.

Zeitschrift für Medizinalbeamte, 1897, Nr. 19:
Dr. Dütschke-Aurich schliesst seine ebenfalls ausführliche Besprechung mit folgenden Worten: „Schul- und Kinderärzte sollten nicht unterlassen, das interessant geschriebene Buch zu beschaffen."

Helwes, Dr. E., Der Kampf gegen die Tuberkulose. Gemeinverständliche Darstellung nebst einer Übersicht über die Lungenheilstätten in Deutschland und der Schweiz. gr. 8⁰ (III, 48 S.) 1901. M. 1.—

Wiener klinische Wochenschrift vom 26. XII. 1901:
In kurzen Worten setzt Helwes die Gefährlichkeit der Tuberkulose auseinander, erklärt ihre Entstehung und wendet sich dann dem Hauptabschnitte des Buches, der Schilderung der Verhütungsmassregeln zu. Unbeschadet der möglichsten Gründlichkeit hält sich der Verfasser von jeder Übertreibung ferne.

kann, gehört ein encyklopädisches Nachschlagewerk zu dem notwendigsten Hausbedarf. Oft genug muss er sich über ein ihm schleierhaftes Krankheitsbild in wenigen Minuten Orientierung verschaffen, und dazu bedarf es eines nicht zu langatmigen encyklopädischen Werkes. Nun sind solche ja in reicher Anzahl erschienen, aber sie haben alle den gemeinsamen Fehler: sie sind für den materiell nicht glänzend gestellten Arzt zu teuer, und wenn der letzte Band erscheint, sind die Forschungsergebnisse des ersten veraltet. Die hier gähnende Lücke bemüht sich der Verfasser des zu besprechenden Werkes, dessen „Taschenkalender für Ärzte“ und „Leitfaden für den Unterricht der freiwilligen Sanitätskolonnen“ rühmlichst bekannt sind, mit seinem „Praktischen Führer“ auszufüllen, und man kann schon jetzt, nach dem Erscheinen der ersten vier Lieferungen, sagen, dass er seine Absicht erreicht hat. Kann man auch natürlich sich nicht in allen Punkten mit den Anschauungen des Verfassers einverstanden erklären, so weiss er doch das jeweils zu behandelnde Thema in kurzer packender Form vollständig darzustellen . . .

Excerpta medica, 1902, Nr. 8:

. . . Ein Werk, dessen 1. Lieferung kürzlich erschienen ist, wird dem Praktiker, speziell dem beschäftigten Landarzte sehr willkommen sein. Mit grossem Geschick versteht es der praktisch sehr erfahrene Autor, in kurzen Zügen ein Bild jeder Krankheit zu geben, Ätiologie, Symptomatologie, Prognose, Therapie mit markigen Sätzen zu fixieren. So wird — das kann man schon aus dem ersten Heft ersehen — das Werk ein vortreffliches Nachschlagebuch werden, in dem sich der Arzt rasch Rat holen wird in allen Fragen, die ihm bei der Beurteilung eines Krankheitsfalles aufstossen, in dem er alles rasch und sicher finden wird, was seinem Gedächtnisse momentan entschwunden ist. Besonders die therapeutischen Abschnitte erscheinen, wie es ja bei einem solchen Buche Erfordernis, recht eingehend bearbeitet, sind mit zahlreichen Rezeptformeln versehen und übergehen die noch nicht völlig erprobten Mittel und Methoden. So wird das Werk tatsächlich seinen Zweck, ein „praktischer“ Führer zu sein, vollständig erfüllen.

Daselbst 1902, Nr. 12:

. . . dessen 1. Lieferung wir freudig begrüssten und sehr günstig beurteilten, sind jetzt die Lieferungen 2-4 erschienen Sie halten, was die 1 Lieferung versprochen, und wir brauchen unser Urteil nicht zu modifizieren. Das Werk wird besonders dem Landarzte als Nachschlagebuch die erspriesslichsten Dienste leisten und auf seinem Studiertisch einen dauernden Platz erhalten.

Ebendaselbst 1902, Heft 10:

Haben wir schon beim Erscheinen der ersten Lieferung auf die ungemein praktische Brauchbarkeit des besagten Werkes hingewiesen, so erübrigt für heute die Hervorhebung, dass auch die folgenden Hefte ganz und gar das erfüllen, was der Verfasser versprach, ein stets bereiter Ratgeber für alle Vorkommnisse der allgemeinen Praxis zu sein, der kurz und bündig, aber durchaus ausreichend über Diagnose und einzuschlagende Therapie belehrt. Als geradezu prächtig müssen wir im vorliegenden Heft z. B. die Darstellung der Symptome der Herzklappenfehler bezeichnen. Auch die Therapie der Magendarmkrankheiten, welche die in Rede stehende Lieferung behandelt, ist durch ein liebevolles Eingehen auf alle Details bezüglich der hierbei so wichtigen Diät ausgezeichnet.

Wir empfehlen die Anschaffung des Werkes, die durch den relativ billigen Preis erleichtert wird, neuerdings aufs wärmste.

Freudenberg-Dresden.

Schmidts Jahrbücher, 1903, S. 214:

Das Bestreben, ein nicht zu umfangreiches und billiges medizinisches Nachschlagewerk zu liefern, ist gewiss gerechtfertigt. Die Aufgabe ist indes keine leichte, und die Ausführung wird hier und da sicher Widerspruch herausfordern, selbst wenn man der Bearbeitung im allgemeinen Beifall zollt. Ob die Anordnung des Stoffes in alphabetischer Reihenfolge dem praktischen Bedürfnisse mehr entsprochen hätte, bleibe dahingestellt . . . Es ist leicht, an einem solchen Werke Ausstellungen zu machen. Im allgemeinen ist die grosse Beherrschung des Stoffes, die gedrängte und hoch

erschöpfende Darstellung, sowie die aufs Praktische gerichtete, dem täglichen Bedürfnisse entsprechende Anordnung zu rühmen.
Sobotta, Heilanstalt Sorge.

Ausserdem äussert sich u. a.

Herr Dr. med. Brandl in Anger (Steiermark):
Das Werk selbst ist für den praktischen Arzt von grossem Wert und findet meinen vollen Beifall.

Richter, Dr. Karl, Handbuch des Versicherungsarztes. Preisgekrönte Schrift! gr. 8° (VII, 235 S. 1899. M. 5.—
geb. in Leinen M. 6.—

Die ärztliche Praxis, 1898, 8:
Diese pflichtgetreue und liebevolle Behandlung des an und für sich oft recht trockenen Gegenstandes hat es dem Verfasser ermöglicht, dem Stoff sehr lehrreiche und interessante Seiten abzugewinnen, und hat zugleich sein Werk zu einem kompendiösen Repetitorium fast sämtlicher physikalischer Untersuchungsmethoden werden lassen. Als solches schon, abgesehen von seinem besonderen Zweck, kann es jeder Arzt sehr gut benutzen . . . Da die Bedeutung mancher von der Norm abweichender Befunde bei der Lebensversicherungs-Untersuchung in ihrem Werte für die Lebensprognose nicht immer leicht abzuschätzen ist, so wird mancher Vertrauensarzt gern wissen, wo er sich in solchen Fällen Rat holen kann. Er wird ihn in dem Richter'schen Handbuche nicht vergeblich suchen.

Deutsche Praxis, 1899, Nr. 2, Seite 60:
Der Verfasser, langjähriger Versicherungsarzt, will denen, welche mit Versicherungen zu tun haben, zeigen, auf was sie bei den Untersuchungen der einzelnen Organe, resp. Körperteile besonders ihr Augenmerk zu richten haben . . . Man wird jedenfalls an der Hand dieser Anleitung eher einen zu viel abweisen, als einen zweifelhaften Fall versicherungsfähig erklären.

Rohleder, Dr. med. H., Die krankhaften Samenverluste, die Impotenz u. die Sterilität des Mannes, ihre Ursachen und Behandlung. Zum Gebrauch für die ärztliche Praxis bearbeitet. gr. 8° (VII, 119 S.) 1895. M. 2.60

Deutsche Medizinal-Zeitung, 1896, Nr. 28, Ref. Casper:
Für den praktischen Arzt bestimmt, ermöglicht dies Büchlein trotz aller Kürze in höchst anschaulicher und sachgemässer Weise die notwendige Orientierung auf diesem so wichtigen Gebiete.

Der ärztliche Praktiker, 1895, Nr. 20:
Die funktionellen Störungen der menschlichen Genitalien gehörten bis in die jüngste Zeit hinein zu jenen Gebieten, die dem praktischen Arzte gänzlich unbekannt waren Der Grund ist vorzugsweise darin zu suchen, dass es bisher an einem kurzen Lehrbuch gemangelt hat, das alle hierher gehörenden wissenswerten Erscheinungen in mundgerechter Form zusammenfasst. Ein solches Buch ist nun in dem vorliegenden Werkchen der Öffentlichkeit übergeben. Es ist ausschliesslich für die Bedürfnisse des Praktikers berechnet, daher die Therapie in demselben den grössten Raum einnimmt. . . . Niemand sollte daher die Anschaffung dieses Büchelchens, das ihn über alle einschlägigen Fragen aufklärt, verabsäumen.

3 gal
44